

En organisasjonspsykologisk analyse av IA-avtalens
bestemmelser for sykefraværarbeid basert på
intervjuer med ledere i en større offentlig organisasjon

forebygging og oppfølging

Ingrid Stensland



Masteroppgave i arbeids- og organisasjonspsykologi

Psykologisk Institutt

UNIVERSITETET I OSLO

Mai 2014

Forord

Prosjektet oppstod som et resultat av faget Psy. 4430 arbeids- og organisasjonspsykologisk prosjektfag. I dette prosjektet var vi en gruppe på fem studenter som intervjuet ledere i en større offentlig organisasjon om deres opplevelser og erfaringer med IA-avtalens delmål 1, sykefraværarbeid. Masteroppgaven baserer seg på en reanalyse av dette datamaterialet. Problemstillingen og vinklingen på masteroppgaven ble utarbeidet av meg, med innspill fra veileder Roald Bjørklund. Jeg vil takke Roald Bjørklund for god hjelp og konstruktiv veiledning gjennom hele prosessen. Temaanalysen ble gjort i samarbeid med medstudent Kathinka Holm, som jeg vil takke for godt samarbeid og mange faglige diskusjoner. Videre vil jeg takke medstudentene i AOP faget som var med og samlet inn datamaterialet. Jeg vil også takke Anne-Marie Halberg for hjelp med å signifikansteste gruppeforskjeller i avhengig utvalg. Tilslutt må jeg også nevne mine foreldre og min tante og doktorgradsstipendiat, Anett Kaale, for god hjelp og støtte.

Ingrid Stensland

Oslo, 2014

Sammendrag

Hensikten med studien var tredelt: 1) å foreta en tematisk analyse av lederes oppfatning av IA-avtalen, 2) å undersøke om en tematisk analyse av lederes oppfatning av IA-avtalen kan analyseres innenfor et rammeverk for intervensjonsprogrammer, 3) å undersøke om en tematisk analyse av leders oppfatning av IA-avtalen kan analyseres på en liste av suksesskriterier for effektive intervensjoner for å redusere skade og øke velvære. Studien baserte seg på en reanalyse av intervjuer med 24 ledere i en større offentlig organisasjon. Det ble brukt temaanalyse med en induktiv og deduktiv tilnærming. Temaanalysen resulterte i 32 temaer fordelt på 10 kategorier. Resultatene viste at alle lederne kjente til plikten om å tilrettelegge, mens litt over halvparten av lederne omtalte temaer relatert til preventivt arbeid. Flertallet av temaene omhandlet systemutfordringer, og få omtalte relasjonelle utfordringer. Resultatene viste en signifikant overvekt av ledere som omtalte temaer relatert til sekundær/tertiærintervensjon (100 %), fremfor primærintervensjon, både rettet mot å endre individet/gruppen (21 %) og arbeidsmiljøet (46 %). Ved å analysere lederes oppfatning av avtalen på en liste av suksesskriterier viste funnene at alle lederne omtalte temaer relatert til medvirkning. De største utfordringene relaterte seg til en systematisk tilnærming med spesifikke mål, roller og evaluering innenfor en organisasjonsspesifikk tilnærming. Utfra denne studien kan det se ut som IA-avtalen tenderer til i hovedsak å fokusere på rehabilitering fremfor forebygging, som trolig har en mindre effekt på å redusere sykefravær. IA-avtalen kunne trolig vært mer effektiv ved å ha en mer systematisk tilnærming til innhold og implementering med en organisasjonsspesifikk tilnærming, med klare mål, roller og evalueringer.

Nøkkelord: IA-avtalen, sykefravær, forebygging, temaanalyse, intervensjonsprogrammer

Abstract

The Cooperation Agreement regarding a More Inclusive Working Life (the IA-agreement) for 2010-2013 was evaluated by SINTEF, and there were few measurable effects regarding the effort chosen to reduce sick leave. This study is based on a re-analysis of data from interviews with line managers. The purpose of this study was three-fold: 1) to use a thematic analysis to describe line managers' experiences with the IA-agreement. 2) to analyse line managers' experiences with the agreement on a framework for interventions. 3) to analyse line managers' experiences with the agreement on a list of success criteria for effective interventions. The thematic analyses had both a deductive and inductive approach. The thematic analysis resulted in 32 themes divided into 10 categories. Most themes fitted the category concerning system/technical challenges. All the leaders were familiar with the follow-up program, and half of the leaders mentioned themes concerning preventive work. There was a significantly larger proportion of leaders who mention themes related to secondary/tertiary interventions (100 %), than themes related to primary interventions, both concerning changing the work environment (46 %) and the individual (21 %). This may indicate that the agreement has its main focus on rehabilitation at the individual level, rather than preventive work concerning the collective work environment. Although findings are mixed, primary interventions has shown to be more effective in reducing sick leave. When analysing leaders experiences with the agreement on the list of success criteria, all the line managers mentioned participation. What seemed to be the biggest challenges was to develop a systematic approach with clear procedures and goals, the implement these procedures to make it organizational specific, and the evaluation process.

Innhold

Introduksjon	1
Bakgrunn	1
Et rammeverk for intervensjoner for å redusere sykefravær og øke velvære.....	2
Virker intervensjonene?.....	5
Suksesskriterier for effektive intervensjoner	8
Aktualisering: IA-avtalen som intervensjonsprogram.....	10
Den aktuelle studien	13
Metode.....	13
Utvalg	13
Prosedyre	14
Analyse	16
Etikk.....	19
Resultater.....	20
Temaanalyse	20
Deduktive analyser	25
Diskusjon.....	31
Et rammeverk for intervensjonsprogrammer.....	32
Suksesskriterier for effektive intervensjoner	35
En systematisk tilnærming.....	41
New Public Management.....	42
Primærforebygging i et samfunnsperspektiv	43
Begrensninger	43
Implikasjoner.....	48
Konklusjon	49
Etterord: IA-avtalen 2014-2018	49
Referanser.....	51

Vedlegg	59
Vedlegg A: Beskrivelser av temaene i temaanalysen.....	59
Vedlegg B: Intervjuguide	66
Vedlegg C: Samtykkeskjema.....	67
Vedlegg D: Z-test kalkulator for avhengig utvalg.....	68

Introduksjon

Bakgrunn

Sykefravær er en stor samfunnskostnad både for næringslivet og for staten. Norge er det landet med høyest sykefravær blant OECD-landene. Den norske stat bruker hvert år 5 % av bruttonasjonalproduktet til utbetalinger av uføretrygder og sykepenges (OECD, 2013). I Norge betaler staten sykefraværet etter 16 dager. Dette betyr imidlertid ikke at organisasjonene ikke opplever tap etter denne perioden. Sykefravær kan ses i både finansielle og humanistiske termer. Med dette menes at sykefravær kan bety tap både i human – og finansiell kapital. Arbeidsmiljøloven (2005) benytter en dobbel målsetting for arbeidsmiljøet som vektlegger at det skal være utformet på en slik måte at det både skal hindre skade og være helsefremmende:

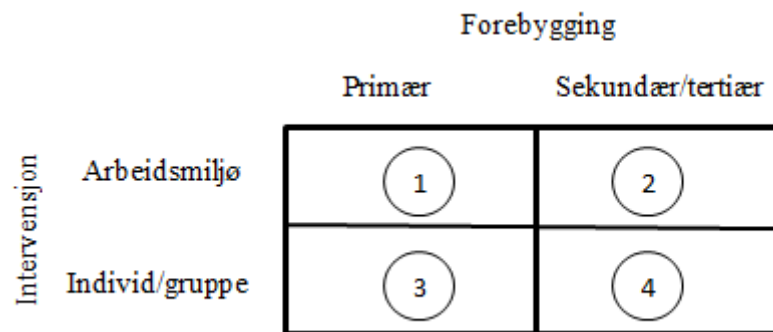
Å sikre et arbeidsmiljø som gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon, som gir full trygghet mot fysiske og psykiske skadevirkninger, og med en velferdsmessig standard som til enhver tid er i samsvar med den teknologiske og sosiale utvikling i samfunnet (Arbeidsmiljøloven, 2005: § 1.1 a).

Avtalen om Inkluderende Arbeidsliv (IA) er et trepartssamarbeid i norsk kontekst mellom staten, organisasjoner og arbeidslivsorganisasjoner. Avtalen består av tre delmål, hvor delmål én omhandler sykefraværarbeid, delmål to omhandler inkludering av personer med nedsatt funksjonsevne, og delmål tre omhandler seniorpolitikk (IA-avtalen, 2010). Det er det første delmålet denne studien fokuserer på. Perioden avtalen ble inngått for gikk ut desember 2013 og avtalen er derfor i en fornyingsprosess. Imidlertid har det oppstått en debatt om hvorvidt avtalen har hatt den tilsiktede virkningen og det riktige fokuset for å nå målet om redusert sykefravær. Dette har blant annet oppstått på bakgrunn av en evaluering gjennomført av SINTEF for IA-arbeidet 2010-2013, som viste få målbare effekter av IA – avtalen spesielt i offentlig sektor (Ose et al., 2013). Sykefraværproblematikk er ikke kun en utfordring i Norge og mye forskning på dette gjøres blant annet i England, USA, Australia og Nederland. Trolig kan denne forskning på intervensjonsprogrammer internasjonalt ha betydning for å forstå utfordringer og forbedringer ved IA-avtalen.

Et rammeverk for intervensjoner for å redusere sykefravær og øke velvære

Forskning på intervensjonsprogrammer for å redusere skade eller sykdom og øke velvære på arbeidsplassen har oppstått som et resultat av de høye kostnadene sykefravær og gjennomtrekk medfører. Hovedfokuset har vært rettet mot å utvikle strategier for å forebygge skade eller sykdom, gjennom intervensjoner rettet mot individet eller organisasjonen for å redusere sykefraværet og øke velvære (Randall & Lewis, 2007). Cooper & Cartwright (1994) definerer en sunn organisasjon som en organisasjon som lykkes i å beholde og opprettholde arbeidskraften og samtidig er karakterisert av god fysisk, psykisk og mental helse. Det finnes ingen klar definisjon på intervensjonsprogrammer for å forebygge sykefravær, da feltet er preget av forskjellig metodologisk og ideologisk tilnærming, teoretisk rammeverk og analysenivå. I bred kontekst er en intervensjon i denne sammenhengen et program som har som utgangspunkt å forbedre organisasjonsdesign og forebygge skade (Nytrø, Saksvik, Mikkelsen, Bohle, & Quinlan, 2000).

Det finnes flere nivåer av intervensjoner som retter seg mot forskjellige systemnivåer og deler av linken mellom arbeid og velvære. De vanligste kategoriseringene er å inndele intervensjoner etter systemnivå (organisasjon, gruppe eller individ) eller i forhold til tidsnivå intervensjonen iverksettes (proaktivt eller reaktivt) (Murphy, 2003). Intervensjonene kan ha et individfokus, organisasjonsfokus eller fokusere på grenseflaten mellom individ og organisasjon. I tillegg kan de operere på primær- (før skade), sekundær- (mestringsprogrammer) og tertiærnivå (rehabiliteringsprogrammer) (Kompier, 2003). Primærintervensjoner er ofte fokusert rundt endringer i det kollektive arbeidsmiljøet eller opplevelsen av dette, mens sekundær-/tertiærforebyggende intervensjoner ofte er mer individfokusert av natur da de rettes mot individer som allerede er sykmeldte eller som viser tegn på belastning (Cooper & Cartwright, 1994). Kompier (2003) kategoriserer intervensjoner innenfor et rammeverk ut i fra om intervensjonene har som mål å endre organisasjonen eller individet/gruppen, og hvorvidt de er proaktive (primær) eller reaktive (sekundær/tertiær). Dette rammeverket kategoriserer ikke intervensjoner ut i fra om de er rettet mot individet eller organisasjonen/arbeidsmiljøet, men om de har som mål å *endre* arbeidsmiljøet eller individet/gruppen.



Figur 1. Et rammeverk for intervensjonsprogrammer. Figuren er basert på Kompier, 2003.

Primærintervensjoner. Primærintervensjoner har som mål å forebygge ved å fjerne kilden til skade før det resulterer i sykdom (Randall & Lewis 2007). Både WHO (2007) og Arbeidsmiljøloven (2005) peker på at preventive intervensjoner skal ses på som første mulighet for å redusere helseskadelige faktorer på arbeidsplassen. I § 4.1 (2) i arbeidsmiljøloven (2005) vektlegges det at arbeidet skal organiseres på en slik måte at det forebygger skade og sykdom. Primærintervensjoner kan fokusere på et eksisterende problem, eller være rettet mot å unngå at arbeidsmiljøet utformes på en slik måte at det kan være helseskadelig. Primærintervensjon kan både være rettet mot å endre faktorer i arbeidsmiljøet i form av jobbdesign, ergonomi, endrede hvile og arbeidsbestemmelser eller økende sosial støtte. Samtidig som det kan rettes mot å endre individet/gruppen i form av helse- og velværeprogrammer eller treningsprogrammer (Kompier, 2003). Primærintervensjoner krever en endring på arbeidsplassen, hvor individene må adaptere nye måter å jobbe på. På bakgrunn av dette tar slike intervensjoner lengre tid før de oppnår resultater, som har ført til at det er færre studier som er gjort på denne formen for intervensjonsprogram (Semmer, 2006). Imidlertid har primærintervensjoner vist effektive resultater på objektive mål som sykefravær og gjennomtrekk på lengre sikt (LaMontagne, Keegel, Louie, Ostry & Landsbergis, 2007).

Sekundærintervensjoner. Sekundærforebygging er tiltak som har som formål å forebygge risikoen for skade eller sykdom gjennom å fokusere på individets evne til å takle belastninger i arbeidsmiljøet (Randall & Lewis, 2007). Sekundærintervensjoner er tiltak som er rettet mot individer som allerede viser tegn på belastninger eller utmattelse, men som ikke enda er sykmeldt. Intervensjonen prøver å forebygge sykefravær ved å redusere belastningene fra arbeidsmiljøet gjennom å endre individets evne til å takle dette (Kompier, 2003). Dette oppnås ved å endre individets adaptabilitet til miljøet gjennom endrede tankemønstre og

mestringsteknikker (Cooper & Cartwright, 1994). Slike tiltak kan være avspenningsteknikker, stressmestring eller kognitiv terapi (Randall & Lewis, 2007). Flertallet av intervensjonsprogrammer for å redusere sykefravær og øke velvære har vært sekundærintervensjoner (Richardson & Rothstein, 2008). Sekundærintervensjoner reflekterer et syn på at et helseskadelig arbeidsmiljø som noe som oppstår i grenseflaten mellom individ og miljø og som relaterer seg til individets oppfattelse av miljøet. Derfor er fokuset rettet mot å endre individet fremfor arbeidssituasjonen. Det er en implisitt forståelse at arbeidssituasjonen ikke vil bli endret, slik at det er viktigere å tilpasse individet til miljøet (Cooper & Cartwright, 1994). Sekundærintervensjoner har i hovedsak to tilnærminger: å styrke organisasjonens evne til å oppdage og respondere på helseskadelige arbeidsforhold, og å gi arbeidstakeren verktøy for å mestre det helseskadelige arbeidsmiljøet. Denne formen for intervensjon er spesielt viktig når det er faktorer ved arbeidsmiljøet som ikke kan endres (Randall & Lewis, 2007).

Lengden på sekundærintervensjoner kan variere, men det er ofte mye kortere enn primærintervensjon, fra noen timer til uker med terapi eller lignende (Arnold et al., 2010). Mesteparten av sekundærintervensjoner baserer seg på multimodal trening. Dette er en tilnærming med både aktive og passive mestringsstrategier. Sekundærintervensjoner baserer seg ofte på terapi, slik at kvaliteten på terapeuten vil være avgjørende for kvaliteten på intervensjonen (Randall & Lewis, 2007).

Tertiærintervensjoner. Tertiærintervensjoner kan ses på som et støttesystem for individer som har falt gjennom nettet av primær- og sekundærforebyggende tiltak (Donaldson-Feilder, Yarker & Lewis, 2011). Målet med denne formen for intervensjon er å hjelpe individer som allerede er syke, og på denne måten forebygge langtidssykefravær. Dette er en reaktiv tilnærming, ved at helseproblemene allerede er til stede, og hovedfokuset er rettet mot rehabilitering på individnivå (Murphy, 2003). Imidlertid kan tiltak rettes både mot å endre individet som konsultasjon og terapi som ofte kalles ansattbaserte programmer (EAP) og tilbake-i-arbeid rehabiliteringsprogrammer, og mot en endring arbeidsmiljøet som endrede oppgaver, redusert arbeidsmengde eller kortere dager (Kompier, 2003). I et historisk perspektiv begynte EAP-programmer som et tiltak for å hjelpe ansatte med rusproblemer og har utviklet seg til å gjelde alle typer problemer som for eksempel fysisk og psykiske vansker eller vansker relatert til hjemme-jobbsituasjonen (Arthur, 2000). Det finnes ingen spesifikk definisjon av EAP-programmer, men Berridge & Cooper (1994) foreslår en definisjon:

En programbasert intervensjon på arbeidsplassen, vanligvis på individnivå, hvor det brukes kunnskap og metoder fra atferdsforskning for å gjenkjenne og kontrollere spesifikke arbeids- og ikke- arbeidsrelaterte problemer (alkoholisme, rusmisbruk og mental helse) som har negativ effekt på jobbprestasjon, med mål å få den ansatte til å returnere til full jobbdeltakelse og fungere fullt også i livet utenfor jobben (1994, s.5, oversatt).

Utformingen av EAP-programmer kan avvike fra denne definisjonen. Innholdet og utformingen av er avhengig av den kulturelle og organisatoriske konteksten. Arbeidslivets oppbygning, ansvarsfordeling og lover vil ha betydning for oppbygningen av intervensjonsprogrammer (Arthur, 2000). Graden av statlig involvering, lover og krav til medvirkning varierer mellom land (Kompier, Cooper, & Geurts, 2000). Imidlertid inneholder de fleste tertiærintervensjoner en form for konsultasjon hvor individet får muligheten til å oppdage og klargjøre måter å leve på i retning av bedre velvære. Arbeidsplassen ses ikke kun på som en arena som kan forårsake skade, men også en helsefremmende plattform (Berridge & Cooper, 1994). Dette er i tråd med arbeidsmiljøloven som understreker at arbeidsmiljøet skal være helsefremmende og gi individet mulighet for utvikling (Arbeidsmiljøloven, 2005). Taushetsbelagte samtaler, konsultasjoner og terapi er faktorer som går igjen i flertallet av tertiærintervensjonene (Arthur, 2000). Ideelt sett skal sekundær- og tertiærforebyggende tiltak gi feedback til utviklingen av primærforebyggende tiltak (LaMontagne et al., 2007).

Målet med tertiærintervensjoner er å få den ansatte tilbake i jobb og det må derfor gjøres justeringer i jobbkrav, ansvar, arbeidstimer og arbeidsforhold. Disse tilpasningene kan være endrede arbeidsoppgaver, job-redesign, klarer jobbkrav, endrede sosiale rammer eller endret ledelse (Kompier, 2003). For at dette skal lykkes må problemet diskuteres med den ansatte og det må planlegges og enes om tiltak. Leder må derfor kartlegge arbeidstakerens oppgaver, den ansatte opplevelse av arbeidsoppgavene og kartlegging av arbeidstakerens arbeidsevne. Deretter må lederen og den ansatte sammen skrive ned og enes om tiltak (Randall & Lewis, 2007). Det er flere paralleller mellom dette og IA-avtalens bestemmelser om oppfølging av sykmeldte.

Virker intervensjonene?

Intervensjonsprogrammer er vanskelig å evaluere både på grunn av sprikende interesser og metodologiske utfordringer (Semmer, 2006). Etablering av gode forskningsdesign er vanskelig i organisatoriske settinger. Motstridende interesser hos forskjellige instanser i implementering og gjennomføringen av intervensjonsprogrammet kan

også være en utfordring. For ledere vil det være ønskelig å implementere intervensjonsprogrammet på en kostnadseffektiv måte, blant annet ved å innlemme alle de ansatte i intervensjonsprogrammet. Dette kan redusere muligheten for å opprette en kontrollgruppe, som vil få følger for evalueringen av intervensjonsprogrammet isolert sett fra andre variabler (Arnold, et al., 2010). Samtidig gjennomføres flere evalueringer av internt av personer som har en egeninteresse i å fremme intervensjonenes effektivitet (Arthur, 2000). Kompier og Kristensen (2001) har uttrykt at det har vært et sprik mellom forskning og praksis, hvor belastninger fra arbeidsmiljøet er et økende problem som har resultert i et økende fokus på mestring og lovreguleringer i arbeidslivet. Imidlertid har det ikke blitt gjenspeilet i forskningen hvor det ikke har vært et økt fokus på å identifisere effektiviteten og suksesskriterier ved intervensjonsprogrammer.

I organisasjonskonteksten har individene kollektive og individuelle interesser, samt ambisjoner, holdninger, preferanser. Slike tredjevariabler vil trolig påvirke årsakssammenhengen mellom intervensjonen og utfallet. Forskning på intervensjonsprogrammer er sosiale eksperimenter, hvor individene som blir studert ikke er passive, men aktive deltakere som i stor grad har kontroll over sin egen arbeidssituasjon (Arnold et al., 2010). Innenfor forskningen på intervensjonsprogrammer har det kanskje vært fokusert for mye på den direkte årsakssammenhengen mellom stimuli og respons. Dette kan ha hatt betydning for de sprikende resultatene (Kompier et al., 2000). På bakgrunn av kompleksiteten av intervensjonsprogrammet bør det fokuseres mer på implementeringen av intervensjonen og benyttes mer kvalitative studier som fokuserer på prosess (Nytrø et al., 2000; Saksvik, Nytrø, Dahl-Jørgensen, & Mikkelsen, 2002).

Effekten av intervensjonsprogrammer vil trolig avhenge av en tilpasning mellom mål, evalueringskriteria og nivå av intervensjonen (Noblet & LaMontagne, 2009). Intervensjonsprogrammer kan være organisert på flere måter. Det kan være drevet og utviklet internt, eksternt eller som en sammenslutning av flere organisasjoner (Randall & Lewis, 2007). Den enkleste formen for intervensjonsprogram er tiltak som gjennomføres av kolleger som har vært i samme situasjon selv, ellers personer fra velferdsetaten. I noen tilfeller er det også nærmeste leder som gjennomfører intervensjonen. Imidlertid er deres mangel på trening og rollekonflikten som kan oppstå en risiko for at intervensjonen skal lykkes (Cooper & Cartwright, 1994).

Flere studier (De Frank & Cooper, 1987; Giga, Noblet, Faragher, & Cooper, 2003; Ivancevich, Matteson, Freedman, & Phillips, 1990; Richardson & Rothstein, 2008) har pekt på at intervensjonsprogrammer rettet mot å endre individet (sekundær- og

tertiærintervensjoner) ofte har vist seg å være mer effektive enn primærintervensjoner. Imidlertid har disse studiene uttrykt at dette kan være et resultat av metodiske utfordringer. Effekten av intervensjoner har ofte vært evaluert på subjektive mål og ofte raskt etter intervensjonene har vært avsluttet. En review av Odeen et al. (2013) som sammenliknet intervensjoner med formål om å endre individets evne til å takle arbeidsmiljøet (sekundærintervensjoner) i Skandinavia, Nederland og USA fant at slike intervensjoner viste liten effekt på å redusere sykefraværet. Forskningen på intervensjoner for å redusere sykefravær og øke velvære, har pekt på at det har oppstått en skjevhet i forskningen, hvor fokuset har vært rettet mot å finne og beskrive effekten av intervensjoner på individnivå, fremfor å evaluere intervensjoner som har hatt som mål å eliminere psykososiale faktorer for å øke velvære på arbeidsplassen (Biron, Karanika-Murray og Cooper, 2012; Kompier, Geurts, Gundermann, Vink & Smulders, 1998). En av grunnene til dette kan være primærintervensjoner ofte har hatt som mål å endre organisasjonen som ses på som vanskeligere og dyrere (Semmer, 2006).

At flertallet av intervensjonene har vært sekundærintervensjoner kan også ha vært et resultat av teoretisk bakgrunn. Intervensjonene har ofte sitt utgangspunkt fra stressteorier som peker på at stress er individuelt, og avhengig av den enkeltes oppfattelse av arbeidsmiljøet. På bakgrunn av dette ser en del organisasjoner det som mer hensiktsmessig å operere på individnivå (Cooper & Cartwright, 1994). Kompier og Kristensen (2001) har argumentert for en alternativ forklaring hvor metodiske svakheter kan ha hatt betydning for at få primærintervensjoner har vist gode effekter. De peker på er det få systematiske evalueringer av intervensjoner. Trolig blir flertallet av evalueringene gjort ganske raskt etter intervensjonen er gjennomført. Imidlertid kan resultatene fra primærintervensjoner ta tid å oppnå, fordi intervensjonen har som mål å fjerne lang-tids påvirkning av et negativt arbeidsmiljø. Primærintervensjon kan ta lang tid fordi individene må adaptere nye måter å arbeide på (Kompier et al., 1998). Primærintervensjoner tenderer til å behøve lengre varighet og lengre tidsrom (La Montagne et al., 2007). LaMontagne et al. (2007) benyttet et hierarki for å forklare effektiviteten av intervensjonsprogrammer. Hierarkiet uttrykker at jo lengre unna en er helseskadelige effekter, jo mer effektiv er intervensjonen. Imidlertid kan samme intervensjon oppleves forskjellig av individer i samme intervensjonsgruppe, av forskjellige yrkesgrupper, i forskjellige organisatoriske settinger. På bakgrunn av dette vil trolig effektiviteten av intervensjonen avhenge av om den er organisasjonsspesifikk og tilpasset den gitte konteksten (Nielsen, Randall, & Albertsen, 2007). Som Randall & Nielsen (2012) har pekt på ser effekten av en intervensjon ut å avhenge av en tilpasning mellom person og

intervensjon, samt miljø og intervensjon.

Effekten av primærintervensjoner avhenger trolig i større grad av en vellykket organisasjonsendring enn sekundær/tertiærintervensjoner som ofte er mer rettet mot enkeltindivider som viser tegn til skade eller sykdom (Randall & Lewis, 2007). Som Saksvik et al. (2007) har pekt på er så mange som 25-50 % av organisasjonsendringer feilslåtte. Et vesentlig aspekt for at primærintervensjoner skal fungere er implementeringsprosessen. Biron et al. (2012) hevdet at for mye av forskningen har vært fokusert rundt å rapportere effekten, fremfor å beskrive hvordan intervensjonen var implementert. Om primærintervensjonen gjennomføres og implementeres riktig, har de vist seg å ha effekter for å redusere skade og øke velvære (Randall & Lewis, 2007).

For å måle verdien av noe må en ha med klare og spesifikke målekriterier. Mange intervensjoner har ingen systematiske målekriterier (Kompier et al., 2000). Hvilke kriterier en velger vil ha betydning for evalueringen. En tilnærming til dette er å benytte objektive mål. Eksempler på dette er mål om å redusere sykefraværet med et antall prosent eller å redusere kostnadene med en bestemt sum. En annen måte å evaluere effekt er subjektive vurderinger. Eksempler på dette er å forbedre helsen til de ansatte, øke velvære eller andre subjektive faktorer. Sekundær og terciærintervensjoner viser ofte en effekt på individnivå. Imidlertid er dette i hovedsak korttidseffekter, og har liten effekt på jobbtildfredshet og jobbprestasjon (Arnold et al., 2010). En review av LaMontagne et al. (2007) viste at sekundær- og terciærintervensjoner sjeldent ble evaluert utfra objektive mål, og hadde mindre effekt på organisasjonsfaktorer, som sykefravær, gjennomtrekk, skadestatistikk og produktivitet.

Suksesskriterier for effektive intervensjoner

Det er utfordrende å evaluere og sammenlikne suksessfaktorer. Forskjellene i innhold og oppbygning av intervensjonene gjør det utfordrende å sammenlikne (Giga, Cooper & Faragher, 2003). Imidlertid har en rekke studier av intervensjonsprogrammer hatt som utgangspunkt å identifisere faktorer som bør være oppfylt for at intervensjonsprogrammer skal lykkes (Cooper & Cartwright, 1994; Kompier et.al, 2000; Nielsen et al., 2007; Nytrø et al., 2000; Saksvik et al., 2002; Semmer, 2006).

For at en intervensjon skal ha en effekt må den vektlegges i organisasjonen. I denne sammenhengen vil forpliktende støtte fra ledelsen være viktig (Kompier et al, 2000; Randall & Lewis, 2007). Like viktig som støtte fra ledelsen er medvirkning fra de ansatte. Medvirkning gjennom hele prosessen står som et sentralt funn i forskningen på effektive intervensjonsprogrammer (Nielsen et al., 2007; Semmer, 2006; Tvedt & Saksvik, 2012).

Medvirkningen bør foregå med støtte fra ledelsen og det må være en organisasjonskultur som åpner for endring (Nytrø et al., 2000). Medvirkning er spesielt viktig da det har flere funksjoner. Det gir både en felles forståelse av utfordringene (Arnold et al., 2010) samtidig som det kan øke motivasjonen for involvering og aktiv deltakelse, gjennom opplevd eierskap til intervensjonen og opplevd kontroll over egen arbeidssituasjon (Semmer, 2006). Imidlertid fant en studie av Nielsen et al. (2007) at det ikke var en direkte link mellom motivasjon og aktiv deltakelse.

Klare mål og evalueringskriteria har blitt pekt på som vesentlig i en rekke studier av intervensjonsprogram (Kompier et al., 2000; Randall & Lewis, 2007; van der Klink, Blonk, Schene, & van Dijk, 2001). Å ha klare mål vil være sentralt fordi det gir grunnlaget for hva intervensjonene skal oppnå og hvem som skal delta (Noblet & LaMontagne, 2009). I forkant av målene bør det utarbeides en risikoanalyse slik at intervensjonene retter seg mot den gitte konteksten og sikrer en person-intervensjon og kontekst-intervensjon tilpasning (Nielsen et al., 2007; Randall & Nielsen, 2012). I denne prosessen bør det også utarbeides klare prosedyrer og ansvarsområder (Kompier et al., 2000). Basert på tidligere studier har Arnold et al. (2010) samlet suksesskriterier for implementering av intervensjoner i fire: medvirkning, informasjon, åpenhet og opplæring. Informasjon vil si at de ansatte forstår endringen og opplevd deltakelse i intervensjonsdesign. Åpenhet omhandler den ansattes opplevelse av kvaliteten på informasjonen og har kjennskap til hvordan den skal implementeres og om hva som er målene.

At intervensjonsprogrammer skal lykkes, er like avhengig av prosess som innhold (Randall & Lewis, 2007). Kompier (2003) har pekt på at prosess trolig er mer generaliserbart, enn utfallet slik at mer av forskningen bør fokusere på dette. Kompier et al., (2000, s.386) foreslo at kvaliteten av et intervensjonsprogram avhenger av en tilnærming som kombinerer en systematisk tilnærming til av innhold og implementering basert på fem nøkkelfaktorer: 1) en systematisk tilnærming. 2) en risikoanalyse som identifiserer risikogrupper og risikofaktorer. 3) en intervensjonspakke av mål som er teoretiske og logiske i forhold til risikoene som er identifisert. Gjerne en kombinasjon av personrettede- og organisasjonsrettede mål. 4) En medvirkningsbasert tilnærming som sikrer involvering fra både de ansatte og ledelsen 5) Vedvarende forpliktelse fra ledelsen. Randall & Lewis (2007) indentifiserte en liste på ni kriterier basert på Murphy (1988) og French, Dunlap, Roman og Steel (1997) som ses på som betydningsfulle for en vellykket tertiærintervensjon:

- 1) Forpliktelse og støtte fra ledelsen.

- 2) Et klart sett av nedskrevne vedtak og prosedyrer som tydeliggjør grunnen for intervensjonsprogrammet.
 - 3) Nært samarbeid med tillitsvalgte.
 - 4) Opplæring av lederen i forhold til deres oppgave i å indentifisere problemer.
 - 5) Opplæring av ansatte og fremme mulighetene programmet gir.
 - 6) Samarbeid mellom instanser for å få en sammenhengende støtte.
 - 7) En eksplisitt forsikring om taushetsplikt.
 - 8) Ivaretagelse av journaler for senere evalueringer.
 - 9) Gjøre EAP som en del av organisasjonens helseforsikringsfordeler (i USA).
- (Adaptert fra Randall & Lewis, 2007, kap. 6).

I Skandinavia har det vært et fokus på å kartlegge viktige aspekter for en vellykket implementering og gjennomføring av organisasjonsrettede intervensjoner (Nielsen et al., 2007; Nytrø et al., 2000; Saksvik et al., 2002; Saksvik et al., 2007; Tvedt & Saksvik, 2012). Basert på studier av implementering av intervensjoner identifiserte Saksvik et al. (2002) og Nytrø et al. (2000) seks kriterier for en vellykket prosess:

- 1) Lære av tidligere feil. Etablere et sosialt klima hvor en kan lære av feil.
 - 2) Medvirkning og deltakelse i hele prosessen. Enes om klare, spesifikke mål for hele prosessen. En risiko kan være at de forskjellige instansene enes om det objektive målet som å redusere sykefravær, men har forskjellige tilnærminger til hvordan målet skal nås.
 - 3) Forenkle kulturell modenhet. Forsikre seg om at organisasjonen har en organisasjonskultur som er moden for en organisasjonsendring.
 - 4) Få klarhet i taktisk og uoffisiell organisasjonsatferd fra forskjellige instanser i endringsprosessen for å nå egne mål.
 - 5) Kalkulere de ansattes vilje til endring.
 - 6) Definere roller og ansvar før implementeringen.
- (Adaptert fra Saksvik et al., 2002, s. 40).

Aktualisering: IA-avtalen som intervensjonsprogram

Utgangspunktet for forskningen på intervensjoner for å redusere sykdom og øke velvære har vært å hindre belastninger i arbeidsmiljøet eller arbeidsrelatert stress. Imidlertid er kan mye av denne teorien trolig også ses i sammenheng med IA-avtalen. IA-avtalen er trolig mye bredere enn intervensjonsprogrammene som studiene baserer seg på, da denne også

omhandler sykefravær som ikke er et resultat av belastninger fra arbeidssituasjonen. Sykefraværstatistikken i Norge for 2013 viser imidlertid at mesteparten av det legemeldte sykefraværet i Norge er relatert til muskel- og skjelettplager (39,7 %) og psykiske lidelser (19,3 %) (Ytterborg, 2014). Dette er plager som kan relatere seg til arbeidssituasjonen. IA-avtalen kan ses på som et intervensjonsprogram tilpasset norsk kontekst i form av et trepartssamarbeid mellom organisasjonen, arbeidslivsorganisasjoner og staten. IA-avtalen har trolig en større statlig påvirkning enn flere av intervensjonsstudiene i land som England og USA, hvor organisasjonene i større grad selv er ansvarlige for sykefraværarbeidet. Imidlertid kan trolig forskning på suksessfaktorer rundt prosess og innhold kunne relatere seg til IA-avtalen.

IA-avtalens overordnede mål er: «Å forebygge og redusere sykefravær, styrke jobbnærværet og bedre arbeidsmiljøet, samt hindre utstøting og frafall fra arbeidslivet» (IA-avtalen, 2010). I hovedsak kan dette deles i to hovedfokus; 1) å forebygge sykefravær og 2) å følge opp de som allerede er syke. IA-avtalen har derfor både en proaktiv og reaktiv tilnærming, bestående av både primærintervensjon (forebygge før skade) og sekundær/tertiærintervensjon (oppfølging av sykmeldte). Samtidig benyttes tiltak rettet mot å endre individet (samtaler, terapi, coaching oppfølgingsplan og dialogmøte) og mot arbeidsmiljøet (tilrettelegging i form av endrede arbeidsoppgaver, arbeidsmengde eller reduserte arbeidsdager). Forebygging og oppfølging er ikke to adskilte deler, men kan ses på som et sammenhengende hierarki av forebygging, hvor primærforebygging er preventive tiltak for å unngå belastninger, mens oppfølging er forebyggende i form av å unngå langtidssykefravær eller uføre. Fra 1. juli 2011 ble IA-avtalen innstrammet ved at det ble lovfestet strenger plikter og krav for oppfølging av sykmeldte gjennom tidsfrister for oppfølgingsplan og dialogmøter (Arbeidstilsynet, 2012). Virkemiddelet om tidligere og tettere oppfølging kan ses på som et tiltak rettet mot individet hvor skade/sykdom allerede er et faktum (tertiærintervensjon). Ved å se dette i sammenheng med den hierarkiske modellen presentert av LaMontagne et al. (2007) vil et slikt tiltak kunne ses på som mindre effektivt enn primære tiltak (forebygging) fordi dette blir iverksatt først etter at sykdom/skade er et faktum.

Nyere forskning på vellykkede intervensjonsprogrammer fokuserer like mye på prosess som innhold (Nielsen et al., 2007). Randall og Lewis (2007) har pekt på viktigheten av organisasjonsspesifikke intervensjonsprogrammer hvor implementeringsprosessen har betydning. Organisasjonsendring er en kompleks prosess (Saksvik et al., 2007). Jo større organisasjonsendring som må gjennomføres, jo større betydning har en vellykket

implementeringsprosess for suksessen til intervensjonsprogrammet (Randall & Lewis, 2007). IA-avtalen er bygget opp på en slik måte at organisasjonen selv skal gjennomføre intervensjonen i samarbeid med eksterne instanser som lege og NAV. En endring i lovverk er en ekstern påvirkning som trolig vil kreve endringer på organisasjonsnivå, og prosess vil derfor være et vesentlig aspekt. Jeg ser det derfor som hensiktsmessig å vurdere IA-avtalen opp mot suksesskriterier relatert til både innhold og prosess.

Basert på gjennomgangen av tidligere studier ble følgende suksesskriterier valgt til analysen:

- 1) Medvirkning og deltakelse fra de ansatte gjennom hele prosessen. (Arneson & Ekberg, 2005; Nielsen et al., 2007; Randall & Lewis, 2007; Saksvik et al., 2002; Semmer, 2006).
- 2) Vedvarende forpliktelse og støtte fra ledelsen (Kompier et al. 2000; Randall & Lewis, 2007; Tvedt & Saksvik, 2012).
- 3) Klare og spesifikke regler, prosedyrer, mål og kostnader (Kompier et al., 2000; Nytrø et al., 2000; Saksvik et al., 2002; van der Klink et al., 2001). Herunder en forsikret taushetsplikt (Randall & Lewis, 2007).
- 4) Nært samarbeid og involvering av tillitsvalgte (Arthur, 2000; Randall & Lewis, 2007).
- 5) Opplæring av ledere og de ansatte (Arnold et al., 2010; Randall & Lewis, 2007).
- 6) Klart definerte roller og ansvar (Kompier et al., 2000) også før implementeringen (Nytrø et al., 2000; Saksvik et al., 2002) og samarbeid mellom instanser for å få en sammenhengende støtte (Randall & Lewis, 2007).
- 7) Gjennomføre en risikoanalyse og ha en logisk sammenheng mellom problemene identifisert i risikoanalysen og intervensjonsprogram (Noblet & LaMontagne, 2009; Kompier et al., 2000; van der Klink et al., 2001). Herunder å utvikle et organisasjonsspesifikt intervensjonsprogram og gjøre intervensjonsprogrammet til en del av organisasjonens interne kultur (Kompier & Kristensen, 2001; Nielsen et al., 2007; Randall & Nielsen, 2012).
- 8) Ha en kultur for endring og kartlegge de ansattes vilje til endring (Nielsen et al., 2007; Nytrø et al., 2000; Saksvik et al., 2002).
- 9) Systematisk evaluering ved hjelp av målbare kriterier utarbeidet fra risikoanalysen. (Kompier et al., 2000; Randall & Lewis, 2007). Dvs. en sammenheng mellom intervensjonsprogram og målekriterier.

Den aktuelle studien

Linjeledere har vist seg å ha en viktig rolle for å redusere sykefravær (Donaldson-Feilder, Yarker & Lewis, 2008; Sparks, Faragher & Cooper, 2001). Dette gjespeiles også i IA-avtalen, hvor nærmeste ledere har en vesentlig funksjon (IA-avtalen, 2010). Studien tar derfor utgangspunkt i lederes oppfatning av IA-avtalen. I studien er ledere definert som nærmeste ledere og ikke den øverste ledelsen i organisasjonen. Studien baserer seg på kvalitativ metode med bruk av temaanalyse basert på ledere i en større offentlig organisasjon. Kvalitativ tilnærming ble valgt for å ha en eksplorerende tilnærming til lederes oppfatning av IA-avtalen. Kvalitativ metode ble valgt på bakgrunn av at det ønskelig om å fange opp prosessen i sykefraværssarbeidet. Hensikten med studien er tredelt:

- 1) Å foreta en tematisk analyse av lederes oppfatning av IA-avtalen
- 2) Å undersøke om en tematisk analyse av lederes oppfatning av IA-avtalen kan analyseres innenfor et rammeverk for intervensjonsprogrammer.
- 3) Å undersøke om en tematisk analyse av lederes oppfatning av IA-avtalen kan analyseres på en liste av suksesskriterer identifisert gjennom forskning på intervensjonsprogrammer.

Formålet med studien er ikke å konkludere, men å benytte kvalitative intervjuer med ledere i en større offentlig organisasjon for å belyse utfordringer og forbedringer ved IA-avtalen. Studien vil ikke ta for seg korttidssykefravær. Oppgaven vil ta for seg to perspektiver ved sykefraværssarbeidet:

- 1) Er fokuset i IA-avtalen i hovedsak proaktivt eller reaktivt?
- 2) Kan suksesskriterier fra forskning på intervensjonsprogrammer brukes som en forklaringsmodell for å forstå ledernes utfordringer ved IA-avtalen?

.

Metode

Utvalg

I studien ble det benyttet strategisk utvalg. Formålet med strategisk utvalg er å få mest mulig informasjon fra et lite utvalg av informanter som har god kjennskap om temaet som studeres (Kvale & Brinkmann, 2009). Informantene ble valgt ut i samarbeid mellom HR-avdelingen i den aktuelle organisasjonen og masterstudentene ved UiO. HR-avdelingen i

organisasjonen sendte ut e-post til alle ledere som oppfylte kriteriene for deltakelse. Kriteriene var at vedkommende var leder med personalansvar og hadde hatt minst to ansatte som har vært sykmeldt mer enn fire uker, etter det nye reglementet for oppfølging av sykmeldte fra 1. juli 2011. En liste på 40 ledere som oppfylte kriteriene ble sendt til prosjektgruppen som så kontaktet lederne direkte. Utvalget resulterte i 24 informanter, som bestod av 14 kvinner og 10 menn fra forskjellige regioner. Informantene representerte variasjon i ledererfaring, alder og fagområder. Informantene var i alderen 34-65 år (gjennomsnitt 50 år) med varierende ledererfaring fra 1-30 år (gjennomsnitt 7,5 år). Dette var linjeledere med fagbakgrunn innenfor ingeniør, prosjektledelse, entreprenørvirksomhet, samt økonomi og organisasjon. Utvalget var hovedsakelig fra regionene sør, øst, nord og sentraladministrasjonen. To av informantene hadde kun hatt en sykmeldt etter reglementet fra 1. juli 2011. Utvalget var ikke statistisk representativt og ga ikke mulighet til å se på variabler som kjønn, alder, geografiske forskjeller eller fagområder. Antallet på 24 informanter ble valgt fordi det skulle være gjennomførbart i forhold til tid og ressurser, samtidig som det opplevdes en metning i datamaterialet. Størrelsen på utvalget var også i tråd med Kvale & Brinkmann (2009) som peker på at intervjustudier ofte har et utvalg på 15+/- 10.

Prosedyre

Protokoll. Studien ble gjort ved å benytte kvalitativ metode med bruk av semi-strukturerte intervjuer. Det ble benyttet intervjuer fordi dette egner seg godt for å innhente beskrivelser av informantens opplevelser, med fokus på en fortolkning av de fenomenene som ble beskrevet. Intervjuer åpner for å fange opp forskjeller i informantenes opplevelser (Kvale & Brinkmann, 2009). Intervjuformen var semi-strukturert ved at intervjuet ble guidet av tre spørsmål fremlagt av den aktuelle organisasjonen i deres mandat. Imidlertid var likevel intervjuformen åpen ved at informantene førte intervjuet. Fordelen med et semi-strukturert intervju er at det gir mulighet for å guide intervjuet mot noen forhåndsdefinerte temaer, samtidig som det åpner for å nå dypere inn i informantens perspektiver (Smith & Osborne, 2008). Dette ble sett på som hensiktsmessig ved at den aktuelle organisasjonen selv uttrykte noen interesseområder, samtidig som prosjektgruppen ønsket å identifisere om det var andre temaer i sykefraværarbeidet som opptok lederne.

Intervjuene ble gjennomført ved å følge PEACE-modellen. PEACE er opprinnelig en modell utarbeidet for politietterforskning, og er en mal for forberedelse og gjennomføring av intervjuer. PEACE står for *Preparation and Planning, Engage and Explain, Account, Clarification and Challenge, Closure og Evaluation* (Clarke & Milne, 2001). Basert på denne

malen ble det utarbeidet en intervjuguide. Intervjuguiden ble utformet etter retningslinjer i Kvale og Brinkmann (2009) hvor intervjuguiden ved semi-strukturerte intervjuer kan ses på som en skisse av temaene som skal tas opp. Intervjuguiden bestod av en introduksjon, informasjon om samtykkeskjema, intervjudel og avslutning. Denne malen ble benyttet for gjennomføringen av samtlige intervjuer for å gjøre intervjusituasjonen så lik som mulig. Hoveddelen av intervjuguiden bestod av tre spørsmål fremlagt av organisasjonen i deres mandat:

- ✓ Hva opplever du som de største utfordringene i oppfølgingen av sykmeldte?
- ✓ Hva vurderer du at du trenger mer kunnskap om i oppfølgingen av sykmeldte?
- ✓ Hva vurderer du at du trenger mer støtte til fra HR/HMS-funksjonen i oppfølgingen av sykmeldte?

Spørsmålene ble kun brukt som en rettleiding, da det var informanten som ledet intervjuet. Intervjuet åpnet med et åpent spørsmål om hvordan lederen selv opplevde sykefraværarbeidet. I tillegg til intervjuguiden ble det utarbeidet en intern intervjuguide for prosjektgruppen som et hjelpedokument. Denne inneholdt eksempler på oppfølgingsspørsmål som *Kan du fortelle mer om dette? Du snakker om....hva tenker du på da?*, eller *Du nevnte...kan du fortelle mer om dette?*. Samt mer detaljerte setninger som en hjelp for å drive intervjuet fremover. Det var frivillig å benytte seg av den interne intervjuguiden.

Gjennomføring. Intervjuene ble gjennomført av en prosjektgruppe bestående av fem masterstudenter i arbeids- og organisasjonspsykologi ved Psykologisk Institutt, UiO, hvor jeg var en del av denne gruppen. Informantene ble kontaktet i forkant av intervjuene og ble bedt om å lese igjennom samtykkeskjemaet. De tre spørsmålene fra mandatet var også sendt ut i forkant av intervjuet, slik at informantene hadde muligheten til å forberede seg. Det var varierende om informantene hadde lest igjennom dette i forkant eller ikke. Det ble benyttet mailer for telefon og e-postkontakt. Hver av de fem deltakerne i prosjektgruppen gjennomførte fire til fem intervjuer hver, hvor de to første intervjuene ble gjennomført med en annen fra gruppen til stede. Dette ble gjort for å sikre mest mulig lik gjennomføring og dermed styrke reliabiliteten. Det ble gjort lydopptak av alle intervjuene slik at de senere kunne transkriberes. Fordelen med bruk av lydopptak er at det gir intervjueren mulighet til å konsentrere seg om intervjuet, samtidig som intervjuene kan høres igjennom i ettertid og transkriberes. Imidlertid er lydopptak som Kvale & Brinkmann (2009) uttrykker en dekontekstualisering av intervjusituasjonen ved at konteksten og kroppsspråk forsvinner. Det ble satt av en time til

hvert intervju. Imidlertid varierte intervjuene avhengig av mengden informasjon som ble beskrevet. Ingen intervjuer varte lengre enn en time.

Transkripsjon. Transkripsjon er en måte å overføre data fra muntlig til skriftlig form for å kunne analysere meninger. En transkripsjon er ikke en direkte overføring av intervjuet, men en konstruksjon av data (Kvale & Brinkmann, 2009). En transkripsjon er nødvendig for å kunne gjennomføre en temaanalyse, men også en arena for få kjennskap til datamaterialet (Braun & Clarke, 2006). Kvale og Brinkmann (2009) peker på at kvaliteten på transkripsjonen avhenger av klare prosedyreinstruksjoner om formålet med transkripsjonen samt at det foretas en reliabilitetssjekk. Formålet med transkripsjonen var en videre temaanalyse slik at intervjuene ble transkribert med en verbatim tilnærming med fokus på minste meningsbærende segment (Braun & Clarke, 2006). Lyder som ikke var meningsbærende og latter ble derfor utelatt. Uklarheter ble markert i transkripsjonene. Lengden på de transkriberte intervjuene varierte fra 794 ord til 5830 med et gjennomsnitt på 3522 ord (sd.1235).

Inter-rater reliabilitet ble testet ved at to tilfeldige intervjuer (11 og 16) ble transkribert av alle i prosjektgruppa. Deretter ble lydopptakene hørt gjennom og det ble talt opp hvor mange utelatelser og feiltolkninger som var gjort i hver av transkripsjonene. Utelatelser og feiltolkninger er to av de vanligste feilene ved transkripsjoner slik at det kan ses på som et mål for kvaliteten på transkripsjonene. Utelatelser var ord som manglet i transkripsjonene og feiltolkninger var ord i transkripsjonene som ikke stemte overens med det som ble sagt på lydbåndet (Poland, 1995). Det ble også sammenliknet hvor mange ord de forskjellige transkripsjonene inneholdt. Transkripsjonene varierte fra 2982 ord til 3511 ord med største variasjon på 529 ord for intervju 11. Intervju 16 varierte fra 3650 ord til 4335 ord med størst variasjon på 685 ord. Ved å vurdere utelatelser og feiltolkninger for intervju 11, varierte dette fra 0 til 6 (gjennomsnitt 3,6) for utelatelser og 3 til 5 (gjennomsnitt 4,2) på feilopplysninger. Intervju 16 varierte fra 1 til 5 (gjennomsnitt 2) for utelatelser, og 0 til 4 (gjennomsnitt 2,6) for feilopplysninger. Dette ble vurdert som få feil og lav variasjon. I denne prosessen ble det utarbeidet en konsensus for videre transkripsjoner.

Analyse

Datamaterialet for studien ble i utgangspunktet samlet inn for å kunne besvare spørsmålene fremlagt av oppdragsgiverorganisasjonen i deres mandat. På bakgrunn av de sammen dataene ble det gjennomført en reanalyse høsten 2013. Denne analysen ble gjort av meg og en medstudent og var uavhengig av mandatet. Konteksten for denne analysen var et

dypdykk i IA-avtalens bestemmelser om forebygging og oppfølging av sykefravær basert på lederes oppfatninger.

Temaanalyse. Dataene ble analysert ved bruk av temaanalyse. Formålet med en temaanalyse er: 1) å oppdage temaer og undertemaer, 2) å velge ut temaer som har betydning for studien, 3) å finne en hierarkisk oppbygning av temaer og 4) å linke temaene til en teoretisk modell (Ryan & Bernard, 2003, s.85). Et tema kan defineres som en meningsbærende enhet i datasettet som fanger opp noe viktig i datamaterialet, i tråd med forskningsspørsmålet og representerer et nivå av mønster i dataene. Temaanalyse ble benyttet fordi det er en fleksibel tilnærming for å analysere kvalitativt data, som kan benyttes på tvers av teoretisk tilnærminger, og er et verktøy for å fange opp kompleksiteten i dataene (Braun & Clarke, 2006).

Temaanalysen hadde både en induktiv og deduktiv tilnærming. En induktiv analyse vil si en analyse hvor temaer identifiseres direkte ut fra informantenes uttalelser (Braun & Clarke, 2006). Dette ble gjort da det var ønskelig å identifisere alle temaene som kom frem i intervjuene. Deretter ble det foretatt en deduktiv analyse som er en teoribasert analyse som baserer seg på forhåndsdefinerte teorier eller spørsmål (Braun & Clarke, 2006). I dette tilfellet var den deduktive analysen relatert til IA-avtalens bestemmelser for forebygging og oppfølging av sykefravær. Pliktene for oppfølging av sykmeldte etter 4 uker (*tilrettelegging, oppfølgingsplan, evnevurdering og dialogmøte*) ble valgt fordi dette var et av utvalgskriteriene for informantene og dermed skulle være en del av oppfølgingen alle informantene hadde et forhold til. Forebyggende arbeid ble valgt som deduktiv analyse da dette også er en del av IA-avtalen. IA-avtalen inneholder ingen klar definisjon av hva forebyggende arbeid innebærer, slik at her ble det tatt utgangspunkt i at dette relaterer seg til primærintervensjoner (proaktiv tilnærming). Ved å benytte både en induktiv og deduktiv tilnærming ga dette mulighet for å identifisere kjennskap til plikter ved IA-avtalen, samtidig som alle temaer som opptok leder i sykefraværprosessen ble fanget opp. En slik tilnærming reduserte også risikoen for selvoppfyllende profetier.

Fremgangsmåte. Temaanalysen ble gjort ved at jeg og en medstudent hver for oss gikk gjennom hver av de 24 transkripsjonene og merket av koder og utarbeidet en liste av temaer gjeldene for hvert intervju. De 24 transkripsjonene ble lest gjennom og kodet basert på retningslinjer fra Braun & Clarke (2006). En kode ble definert som det minste meningsbærende segmentet av signifikans for temaet i datasettet (Braun & Clarke, 2006). Deretter ble hvert intervju gått igjennom i fellesskap for å utvikle en konsensus for forståelsen

av et tema, og danne en liste temaer for hvert enkelt intervju. Når temaene for hvert intervju var identifisert ble det laget en samlet liste over alle temaene identifisert i datamaterialet. I denne prosessen ble det brukt retningslinjer fra Ryan & Bernard (2003) hvor det ble ledd etter forskjeller og likheter, samt repeterende fokusområder i datamaterialet. Det ble brukt en sorteringsteknikk hvor kodene ble sortert i forhold til om de kunne tilhøre samme kategori. Sorteringsteknikken fulgte en tilnærming hvor det først ble gjort av hver deltaker for deretter å danne en felles forståelse som beskrevet av Ryan & Bernard (2003).

Temaanalysen ble revidert til den bestod av en liste på 32 temaer, inndelt i 10 kategorier. Mengden temaer ble redusert ved å vurdere om de overlappet. Utfordringen var å finne en hensiktsmessig størrelse som kunne fange opp nyansene i datamaterialet. Det ble valgt en tilnærming hvor det ble beholdt relativt små temaer som deretter ble systematisert i større kategorier. Dette ble sett på som hensiktsmessig for å bevare nyansene, samtidig som det ble mulig å se sammenhenger. I denne prosessen ble kun temaer som ble sett på som relevant for problemstillingen tatt med videre i analysen. Dette var temaer som relaterte seg til IA-avtalens delmål 1. Eksempler på temaer som ble utlatt var oppsigelse, død, endring i sykepengeordningen og inkludering av personer med nedsatt funksjonsevne. Totalt var det en informant som omtalte hvert av disse temaene.

Etter at temaene var identifisert ble de kvantifisert gjennom å summere antallet informanter som omtalte hvert tema. I denne sammenhengen ble de største temaene definert som de temaene som flest ledere omtalte. Dette ble vurdert ut i fra en tradisjon om at mennesker omtaler i størst grad de temaene som opptar dem mest. Inter-rater reliabiliteten for temaanalysen ble foretatt ved å sammenlikne hvilke temaer begge hadde identifisert og regne ut prosentvis enighet. Intervju 1 og 5 ble tilfeldig valgt, og inter-rater reliabiliteten viste 90 % enighet for intervju 1 og 92 % enighet for intervju 5.

Deduktive analyser. Det ble også foretatt to kontekstavhengige deduktive analyser basert på teori om intervensjonsprogrammer. Først ble det foretatt en analyse som baserte seg på Kompier (2003) rammeverk for intervensjonsprogrammer, bestående av en oppdeling av intervensjonsprogrammer i arbeidsmiljø eller individ-gruppe og primær- eller sekundær/tertiærintervensjoner. Her ble transkripsjonene lest igjennom på nytt og utsagn ble kodet ut ifra om det var snakk om et individuelt/ gruppe- eller arbeidsmiljørettet tema, og om det som ble omtalt var primærintervensjon (proaktivt) eller sekundær/tertiærintervensjon (reaktivt). Dataene ble kvantifisert ved at det ble talt opp hvor mange ledere som omtalte temaer som relaterte seg til de forskjellige kvadrantene i rammeverket. Det ble valgt å

kvantifisere på informantnivå og ikke på utsagnnivå fordi det ble vurdert dithen at dette viste tydelige forskjeller.

Det ble foretatt en statistisk analyse for å se om forskjellene mellom de fire kvadrantene var signifikante. En utfordring var at dataene i de fire kvadrantene tilhørte samme gruppe, som ville si at de samme informantene kunne være representert i alle kvadrantene. Det var derfor ikke mulig å benytte kji-kvadrattest fordi denne baserer seg på uavhengig utvalg (Pallant, 2010). Det ble benyttet en z-test kalkulator for proporsjoner basert på avhengig utvalg. Denne testen sammenlikner proporsjoner fra overlappende grupper, eksempelvis to grupper som inneholder de samme personene, for å se om de er signifikant forskjellige fra hverandre (McCallum Layton, 2014). Testen oppga ikke nøyaktig p-verdi, men viste signifikans på $p < .05$.

Det ble også foretatt en deduktiv analyse basert på en liste av suksesskriterier som ble identifisert gjennom å se på studier av intervensjonsprogrammer fra USA, Australia, Nederland, Storbritannia og Skandinavia. Analysen ble gjort ved å kategorisere temaer identifisert gjennom temaanalysen som relaterte seg til forskjellige suksesskriterier. Disse ble kvantifisert og systematisert i en tabell. For begge analysene ble det utviklet en tilsvarende figur/modell med sitater for å gjøre prosessen transparent, og på denne måten tydeliggjøre funnene og øke validiteten.

Etikk

Studien var godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD) og fulgte etiske retningslinjer for forskning innenfor samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi (De nasjonale forskningsetiske komiteer, 2006). Et vesentlig ledd i forskningsetikken er hensyn til personer som deltar i studien. De nasjonale forskningsetiske komiteer (2006) peker på at forskere skal respektere de utforskende personers integritet, frihet og medbestemmelse. Dette er et viktig ledd i bruken av intervjuer. For å sikre at integritet, frihet og medbestemmelse ble ivarettatt ble det utarbeidet et samtykkeskjema som informantene skulle underskrive i forkant av intervjuet. Samtykkeskjemaet ble utarbeidet basert på REK-malen (regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, 2012). Samtykkeskjemaet ble tilpasset den respektive studien i samarbeid med HR-avdelingen. Skjemaet inneholdt informasjon om bakgrunn og hensikt for studien, hva deltakelsen innebærer, hva som skjer med informasjonen, samt informasjon om frivillig deltakelse. Herunder ble det gitt informasjon om muligheten til å trekke seg og informasjon om kontaktpersoner. Under intervjuene ble det benyttet båndopptaker slik at informasjonen senere kunne transkribes.

Ved transkripsjon ble intervjuene anonymisert og lydfilene ble slettet. Dette ble gjort for å unngå at data kunne identifiseres tilbake til informantene. Transkripsjonene ble lagret på et beskyttet område på internett slik at det ikke var tilgjengelig for personer som ikke var en del av prosjektet.

Resultater

Temaanalyse

Det ble først foretatt en analyse av hvor mange temaer hver av lederne omtalte. Dette ble gjort for å kartlegge spredningen i datamaterialet. Tabell 1 viser at det var variasjon i antall temaer hver informant omtalte. Variasjonen var størst mellom informant 21 som kun snakket om seks temaer til informant 20 som snakket om 23 forskjellige temaer. Gjennomsnittlig omtalte hver informant 14,79 (sd. 4) temaer som relaterte seg til problemstillingene. Det ble så gjennomført en temaanalyse hvor det ble talt opp hvor mange av lederne som omtalte de forskjellige temaene identifisert gjennom temaanalysen (tabell 2).

Tabell 1

Antall temaer hver informant omtalte

Informant	Temaer
1	15
2	13
3	14
4	16
5	19
6	14
7	13
8	10
9	17
10	13
11	13
12	20
13	21
14	13
15	7
16	17
17	19
18	16
19	14
20	23
21	6
22	17
23	13
24	12

Gjennomsnitt (14,79)

Standardavvik (4)

.

Tabell 2

Temaanalyse med antall informanter som omtalte hvert tema (prosentandel)

<u>Tema</u>	<u>Informanter</u>	<u>%</u>
IA- avtalen		
Oppfølging		
Tilrettelegging	24	100 %
Oppfølgingsplan	23	96 %
Gradert sykemelding	20	83 %
Dialogmøte	16	67 %
Vurdering av arbeidsevne	9	38 %
Forebyggende arbeid	13	54 %
Systemutfordringer		
Rigiditet	16	67 %
Mangl på påminnelser	13	54 %
Tilrettelegging uten kjennskap til diagnose	13	54 %
Skjemaveldet	11	46 %
MTO	11	46 %
Tilretteleggingsutfordringer ved psykisk sykdom	9	38 %
Tidkrevende	8	33 %
Bot	6	25 %
Avstandsledelse	2	8 %
Sykmelder		
Utfordrende relasjon	10	42 %
Sykmelder følger ikke sine plikter	6	25 %
Helsevesenet som flaskehals	4	17 %
Den sykmeldte		
Ansatte som ikke følger sine plikter	4	17 %
Utfordrende relasjon	3	13 %
HR		
Økt deltakelse fra HR	16	67 %
NAV		
Utfordrende relasjon	13	54 %
Kunnskap		
Psykisk sykdom	10	42 %
Regelverk	9	38 %
Mangel på opplæring	7	29 %
Rolleavklaring		
Ansvarsområder	15	63 %
Lederrollen	11	46 %
Etikk		
IA vs. AML	13	54 %
Konflikt lege-sykmeldt	8	33 %
Privatliv vs. jobb	4	17 %
Arbeidsbelastning vs. tidsfrister	2	8 %
Kvalitetssystemet		
Mangelfull kunnskap om kvalitetssystemet	19	79 %

Gjennom temaanalysen ble det indentifisert 32 temaer fordelt på 10 kategorier som vist i tabell 2. Det ble talt opp hvor mange ledere som snakket om hvert tema. Dette ble gjort som et mål for viktigheten av temaet. IA-avtalen er en deduktiv kategori som viser hvor mange av lederne som hadde kjennskap til pliktene i IA-avtalen etter fire uker og temaer relatert til forebyggende arbeid. Relatert til problemstillingen kan pliktene etter fire uker i denne kategorien ses på som en tertiærintervensjon og gi et bilde hvor mange av lederne som kjente til sine plikter i henhold til dette. Samtidig kan forebyggende arbeid ses på som relatert til primærintervensjon, og gi et bilde av hvor mange av lederne som omtalte dette. Innenfor IA-avtalen viste det seg at alle lederne hadde kjennskap til tilrettelegging, og 96 % hadde kjennskap til at det skulle utformes en oppfølgingsplan. 83 % av lederne omtalte gradert sykmelding, og 67 % hadde kjennskap til dialogmøte. Imidlertid viste analysen at 38 % av lederne uttrykte kjennskap til at oppfølgingsplanen skulle inneholde en vurdering av arbeidstakers arbeidsevne og arbeidsoppgaver. En tilnærming til å forstå dette er at det kunne relatere seg til usikkerhet rundt hva oppfølgingsplanen skulle inneholde, og hvordan en skulle vurdere den sykmeldtes arbeidsevne. Flere ledere uttrykte usikkerhet rundt hvordan arbeidsevnen skulle vurderes når den sykmeldte ikke trengte å si noe om hvorfor vedkomne var sykmeldt.

Kategorien forebygging omhandler temaer som relaterer seg til den delen av IA-avtalen som omhandler proaktivt arbeid. Totalt var det 54 % av lederne som uttrykte temaer relatert til forebyggende arbeid. Få ledere omtalte forebyggende arbeid direkte, men denne analysen ble gjort deduktiv på bakgrunn av Kompiers (2003) definisjon av primærintervensjoner som vil si preventive tiltak rettet mot arbeidsmiljøet eller individ/gruppe. Kategorien beskriver ikke direkte hvor mange som jobber forebyggende, men hvor mange av informantene som tok opp dette aspektet i sine intervjuer. Det innebar også de som ønsket økt fokus på dette, men som ikke selv uttrykker at de gjorde det.

Systemutfordringer var temaer som relaterte seg til utfordringer ved selve IA-systemet, både tekniske aspekter, men også organiseringen og utformingen av IA-reglementet. Dette var den største kategorien som inneholdt flest temaer. Den største kategorien innenfor systemutfordringer var rigiditet. 67 % av lederne uttrykte at de opplevde systemet som for rigid. Lederne uttrykte utfordringer med at IA-avtalen ikke differensierer i forhold til type sykdom, alder eller om vedkommende var helt eller delvis sykmeldt. Lederne uttrykte utfordringer spesielt i forhold til at det skulle fylles ut en oppfølgingsplan også ved sykdommer hvor det ikke var noe som kunne tilrettelegges. Relatert til rigiditet uttrykte 54 % av lederne utfordringer med å tilrettelegge uten kjennskap til diagnose. Flere opplevde det

som en stor utfordring at de hadde ansvaret for tilrettelegging, samtidig som den sykmeldte ikke var pliktig til å si noe om hvorfor vedkomne var syk. 54 % av lederne kommenterer en utfordring med mangel på påminnelser. Dette relaterte seg til at mange av lederne opplever å stå veldig alene i oppfølgingsarbeidet. Flere ønsket at HR skulle være mer aktive både når det gjaldt påminnelser, men også i selve sykefraværsarbeidet.

De fire neste kategoriene omhandler temaer relatert til samarbeidet og kommunikasjon med og mellom de forskjellige instansene i sykefraværsarbeidet, som NAV og lege eksternt og HR internt, samt relasjonen til sykmelder. 54 % av lederne kommenterte utfordringer relatert til NAV og 42 % kommenterte utfordringer med sykmelder. Få ledere pekte på utfordringer i kommunikasjon, samarbeid og relasjon til sykmeldt, som kan bety at relasjonsbiten fungerte godt. Utfordringer i samarbeidet mellom de forskjellige instansene kan også gjenspeiles i kategorien rolleavklaring hvor 63 % av lederne uttrykte utfordringer i forhold til å kjenne til ansvarsområdene og hva de forskjellige partene i sykefraværsarbeidet kunne bidra med.

Flere ledere kommenterte situasjoner som kunne forstås som etiske dilemmaer. Dette var dilemmaer som lederen kunne havne i som kunne ses på som et resultat av motsetninger i regelverk eller lite klarhet i prosedyrer og roller. Det største dilemmaet (54 %) relaterte seg til en motsetning mellom IA-avtalen som ønsket at lederen skulle få den ansatte raskere tilbake i jobb, samtidig som Arbeidsmiljøloven understreker en ivaretagelse av den ansattes verdighet og integritet (Arbeidsmiljøloven, 2005). Dette kunne skape en motstridende motivasjon hvor lederne er usikre på hvor hardt de skulle presse.

En av kategoriene som ble avdekket var manglende kunnskap. Flertallet av lederne opplevde å ha god kontroll på regelverket, men opplevde utfordringer i forhold til psykisk sykdom og opplæring i systemet i forkant av at de skulle bruke det. Flere ledere uttrykte at kunnskap var en vanskelig problemstilling da de selv ikke ønsket flere kurs, og at flertallet hadde få syke slik at de ikke anså det som relevant å huske på det til en hver tid. Flere ønsket heller kunnskap andre steder i IA-systemet enn hos lederen selv.

Et av de største temaene som kom frem i analysen var at så mange som 79 % av lederne ikke brukte kvalitetssystemet i sykefraværsarbeidet. Kvalitetssystemet var et viktig styringsverktøy i den offentlige organisasjonen hvor lederne var ansatte, og skulle brukes i alle prosesser. Her stod prosedyrer og retningslinjer for sykefraværsarbeidet. Alle prosesser skulle dokumenteres i dette systemet. At så få brukte dette, påvirket trolig sykefraværsarbeidet i organisasjoner og kan relatere seg til flere problemstillinger som kom til uttrykk gjennom de andre analysene.

Deduktive analyser

Lederes oppfatning av IA-avtalen innenfor et rammeverk for intervensjoner. Det var ønskelig å undersøke hvilket nivå av intervensjoner flertallet av lederne omtalte. Dette ble gjort for å se om dette kunne vise hvor IA-avtalens hovedfokus var rettet. Det ble derfor foretatt en analyse av temaene satt i sammenheng med Kompiers (2003) rammeverk for intervensjonsprogrammer. Primærintervensjon rettet mot å endre arbeidsmiljøet (kvadrant 1) ble definert som temaer som relaterte seg til endringer ved arbeidsmiljøet/arbeidsplassen før sykdom/skade. Eksempler på slike temaer er endrede arbeidsoppgaver, ergonomitiltak og endret arbeidsmengde. Sekundær/tertiærintervensjoner rettet mot arbeidsmiljøet (kvadrant 2) ble definert som temaer som relaterte seg til endring på arbeidsplassen/arbeidsmiljøet og var rettet mot individer som allerede var sykmeldte eller viste tegn på overbelastning. Eksempler på slike temaer er tilrettelegging i form av endrede arbeidsoppgaver, endret arbeidsmengde eller arbeidstid, samt ergonomiske tiltak rettet mot enkeltindividet. Primærintervensjon rettet mot å endre individet/gruppen (kvadrant 3) ble definert som temaer som relaterte seg til forebygging av sykefravær gjennom å endre individets/gruppens evne til å takle arbeidsmiljøet. Eksempler på slike temaer er treningstilbud, livsmestringskurs hos NAV eller andre former for samtaler eller terapi for å forebygge sykefravær. Sekundær/tertiærintervensjon rettet mot å endre individet/gruppen (kvadrant 4) ble definert som temaer som relaterte seg til å endre individet etter sykmelding. I henhold til IA-avtalen ble dette vurdert som temaer som omhandlet pliktene for oppfølgingen av sykmeldte som oppfølgingsplan, dialogmøte og andre samtaler som eksempelvis coaching for å få den sykmeldte raskere tilbake i arbeid. Dette ble vurdert som sekundær/tertiærintervensjon rettet mot individ/gruppe da tiltaket er rettet mot å endre individet slik vedkommende kommer tilbake i arbeid. Imidlertid kan tiltakene som bestemmes rettes mot arbeidsmiljøet i form av tilrettelegging.

Kvadrant 1 og 3 ble vurdert til å omhandle forebygging i IA-avtalen (proaktivt), mens kvadrant 2 og 4 ble vurdert til å omhandle oppfølgingen av sykmeldte (reaktivt). I Figur 2 viser eksempler på sitater som er relatert til de forskjellige typene av intervensjonsprogrammer. I figuren brukes forebygging over alle typene av intervensjoner da det kan ses på som et hierarki av forebygging, hvor sekundær er forebygging av sykmelding, mens terciær er forebygging av langtidssykefravær.

		Forebygging	
		Primær	Sekundær/tertiær
Intervensjon	Arbeidsmiljø	<ul style="list-style-type: none">- «Vi har en del plasser som vi har fått hev-senk, da kan de stå, sitte, stå på matte, sitte på såkalt barkrakkstol, vi har også bygd om to skranker for å slippe akkurat den delen at de ikke kan stå i skranke når det er jobben deres. Så der kan de sitte, stå gå, virre rundt... også har jeg kjøpt inn stoler som er spesiallagd for rygg, nakke, den delen som ofte kommer i en sånn type jobb»- «Det jo helt naturlig å rullere eller bytte oppgaver. ...så hvis noen trenger jobb innenfor et område som de ikke nødvendigvis har jobbet mye med så går det an å sette sammen et nytt lite team. Hvis det er oppgaver som krever det på grunn av arbeidsmengden eller korte frister og sånt. Vi gjør det egentlig løpende og i hvert fall en gang i året. Folk setter pris på det, for da får du ikke bare jobbe med en ting, du får jobbe med forskjellige ting... Vi har snakket om at vi skal være bevisste på ikke å gjøre oss selv sårbare.»- «De sier i fra nå begynner jeg å kjenne det i nakke og skuldre... da går jeg gjennom og prøver å se hva slags oppgaver vi kan putte til side og utsette..»	<ul style="list-style-type: none">- «Passe på at de jobber her, tilrettelegge her slik at de kan gå til legen, kanskje ta seg en dag fri eller en halv dag... sånn sett holder de 80-90 %»- Vi snakker om at hun har det vondt, men da bruker vi litt tid på å snakke om hvordan man kan gå tilbake til arbeidsoppgaver og gjøre det trygt på jobben... og vi har på en måte en avlaster for henne som kan ta over inntil hun er klar for fullt»- «Også er det spørsmål om hvordan jeg kan tilrettelegge for deg..., er det passende mengde arbeids du har nå i forhold til prosentene sykmeldt. Da tenker jeg at det er viktig å sjekke ut også om det er spesielle oppgaver som den syntes er vanskelig å gjennomføre... Er det noe som er vanskelig og er det noe som er enklere..»- «hva kan jeg som din leder da gjøre for at du skal komme raskere tilbake. Så snakker vi litt sånn.. er det noe fysisk? Vil du ha ny stol? Hvis det er noe fysisk kobler jeg vedkomne med bedriftsfysioterapeuten... og hvis det ikke er det så snakker vi om arbeidsoppgaver enten type arbeidsoppgaver... og også om mengde.
	Individ/gruppe	<ul style="list-style-type: none">- «Jeg har nylig sendt to av mine ansatte videre til bedriftshelsetjenesten fordi de sliter med ting i privatlivet sitt som jeg fornemmer kan ende opp i en sykmelding»- «Det finnes sånne NAV-kurs vet jeg, om livsmestring.. og det burde for noen kanskje komme inn litt tidligere altså, at det er mange som sliter med å håndtere livet sitt egentlig, og livet er jo ikke bare en dans på roser»- Vi har bygd trimrom i kjelleren, så de kan få trimme der. Ønsket er selvfølgelig at de skal få trimme i arbeidstiden, en time, det er ikke lett på en trafikkstasjon, men man kan jo komme etter arbeidstid eller i helgene.. for det er veldig ofte skulder, rygg, belastninger så v har gjort mange tiltak»	<ul style="list-style-type: none">- «jeg må være flink til å følge de opp som bare å ta en telefon, det tror jeg er viktig for ikke å skape den avstanden... folk har jo gjerne med PC hjem og kan logge seg på hvis de vil og følge med på den måten, vi har interne møter hvor vedkomne blir invitert også er det opp til han om han vil komme eller ikke»- «Jeg har hatt en person som har vært mye sånn psykisk ute av balanse. Hadde lite nettverk privat, og vi vurderte det faktisk dit at noen av rekreasjonen for han var å være litt i miljøet på jobb. Uten egentlig å gjøre så mye. Så da var det å legge til rette for at vedkomne kom jevnlig inn på kontoret og var med på det sosiale»- «Du kan si det at gjennom oppfølgingen så er jo et av målene å sørge for at relasjonen i hvert fall er på en sånn måte at man klarer å skape grunnlag for dialog. ..Det å ha oppfølging, oppfølgingssamtaler, ha en dialog og beholde en relasjon er alltid viktig.»

Figur 2 Eksempler på sitater for de fire kvadrantene i rammeverket for intervensjoner.

		Forebygging	
		Primær	Sekundær/tertiær
Intervensjon	Arbeidsmiljø	11 46 %	24 100 %
	Individ/gruppe	5 21 %	24 100 %

Figur 3 Antall informanter som omtalte temaer tilhørende de forskjellige kvadrantene i rammeverket for intervensjoner.

Figur 3 viser antall informanter som omtalte temaer relatert til de forskjellige kvadrantene i rammeverket for intervensjoner. Alle informantene omtalte temaer relatert til sekundær/tertiærintervensjon rettet mot å endre både organisasjonen og individet/gruppen. Videre viser figuren at færre ledere omtalte temaer relatert til primærintervensjon rettet mot å endre organisasjonen (46 %) og individ/gruppe (21 %). Det ble foretatt en z-test for avhengige utvalg for å se om det var signifikante proporsjonsforskjeller mellom kvadrantene i figuren. Testen viste signifikant størrelsesforskjell mellom kvadrant 1 og 2 og signifikant forskjell mellom kvadrant 3 og 4. Testen oppga ikke nøyaktig p-verdi, men viste en signifikant forskjell på $p < .05$ nivå. Dette vil si at det kan se ut til at det var en signifikant større proporsjon av lederne som omtalte temaer relatert til sekundær/tertiærintervensjon både rettet mot å endre arbeidsplassen og individ/gruppe. Det var imidlertid ingen signifikant forskjell innenfor primær- og sekundær/tertiærintervensjon i forhold til intervensjoner rettet mot å endre arbeidsmiljø eller individ/ gruppe. Det vil si at forskjellen mellom kvadrant 1 og 3 ikke var signifikant. På bakgrunn av dette kan en ut fra analysen se at lederne tenderte til i større grad til å være individfokusert, da sekundær/tertiærintervensjoner retter seg mot individer som allerede viser tegn til belastning. Dette kan peke i retning av at IA-avtalen tenderer til i hovedsak å operere på individnivå, med hovedtyngden på pliktene om oppfølging av

sykmeldte. Denne forståelsen er i tråd med tabell 2 som viser at lederne hadde god kjennskap til den delen av IA-avtalen som omhandler oppfølging av sykmeldte som er et individrettet tiltak. Med dette menes ikke at fokuset på forebyggende arbeid er fraværende, men det kan peke på at forebygging ikke er en like integrert del av IA-arbeidet. Flere av lederne uttrykte at de i større grad kunne ønske seg kunnskap om hvordan de skal forebygge også for de som er på jobb.

Lederes oppfatning av IA-avtalen på en liste av suksesskriterier. Basert på tidligere studier ble det valgt ut ni suksesskriterier for en vellykket implementering og gjennomføring av intervensjonsprogrammer. Disse ni kriteriene ble så brukt til å analysere dataene. Analysen ble gjort med formål om å se om suksesskriteriene for implementering og gjennomføring av intervensjonsprogrammer for å redusere sykdom og øke velvære kunne ha en verdi i å forstå utfordringer ved IA-avtalen. Det var ønskelig å undersøke om temaene som kom frem i temaanalysen kunne analyseres på en liste av suksesskriteriene for effektive intervensjonsprogrammer. Spørsmålene i mandatet hadde en problemfokuset tilnærming, slik at analysen basert på suksesskriteriene ble gjort med samme tilnærming. Hvor eksempelvis roller og ansvar ble analysert ut i fra hvilke ledere som snakket om utfordringer med roller og ansvar. Analysen ble deretter kvantifisert gjennom å telle hvor mange av lederne som omtalte utfordringer ved det enkelte suksesskriteriet. Medvirkning var det eneste kriteriet som ble talt opp reversert ved å se om medvirkning var tilstede. Dette ble gjort da denne kategorien baserte seg mest på den deduktive analysen fra temaanalysen tabell 2. Hvert av suksesskriteriene ble illustrert med eksempler for å styrke analysen og gjøre prosessen mer transparent som vist i tabell 3.

Tabell 3

Eksempelsitater på suksesskriteriene for effektive intervensjoner

<u>Suksesskriterier</u>	<u>Eksempler på sitater</u>
Medvirkning for den sykmeldte	<ul style="list-style-type: none"> - «Da fyller vi ut en oppfølgingsplan og diskuterer litt hva slags muligheter de har for å jobbe, arbeidsevnen, prøver å holde kontakten» - «Jeg setter meg ned med den sykmeldte... også går vi igjennom de tingene som står på selve oppfølgingsplanen.»
Utfordringer med spesifikke mål og prosedyrer	<ul style="list-style-type: none"> - «Jeg har jo fått min praksis sånn gjør jeg det, men det er jo ikke sikkert at det er det som egentlig er riktig.» - «Det er ting jeg lurer på med loven, hva sier loven. Hvor mange skal jeg tilrettelegge for, hvor lenge skal jeg drive tilrettelegging, hvis en skal jobbe redusert hva gjør jeg med de røde dagene i den uka. Jobbe tre dager i påsken, en som jobber 50 % da, hvordan skal den jobbe?»
Mangel på systematisk evaluering (Dokumentasjon i kvalitetssystemet)	<ul style="list-style-type: none"> - «Så jeg har ikke vært inne og sett i kvalitetssystemet om det ligger noen linker der. Så kanskje det er svaret, takk for tipset.» - «Det som heter kvalitetssystemet er et veldig krøkkete system, det har ligget der veldig lenge men det har vært så krøkkete at ingen har villet bruke det. Det var ikke bruknes og er ikke det nå heller. Så det er flere som har tenkt som meg og ikke fylt inn data i det.»
Mangel på organisasjonsspesifikk intervensjon. (Kvalitetssystemet)	<ul style="list-style-type: none"> - «Nei, det ligger nesten ikke noe informasjon på kvalitetssystemet, så det er ikke noe jeg bruker, hvis det har kommet informasjon om sykmeldte der, så har det ikke kommet ut noe informasjon om at det ligger der» - «Å ja, jeg visste ikke at de hadde oppdatert kvalitetssystemet. For det hadde vært en god ide. Det er viktig å orientere om det hvis det er ferdig»
Utfordringer med roller og ansvar	<ul style="list-style-type: none"> - «Arbeidsgiver er jo ansvarlig, men jeg vet ikke med HR, jeg vet ikke helt hvordan de er tiltenkt å ha en slags rolle heller.» - «I flere av tilfellene har det vært psykisk relaterte problemer. Og de sier at det ikke er arbeidsrelatert og da føler jeg det er veldig vanskelig. Hva er da min rolle som leder? Så da føler jeg lissom vi sitter og snakker om noe vi ikke kan gjøre så mye med.»
Ønske om mer støtte fra ledelsen	<ul style="list-style-type: none"> - «Noe av det som er en utfordring for oss når vi blir ledere er at vi må i grunn finne ut av alt ting selv. Det er for lite synes jeg av en del sånne støtteordninger» - «Jeg synes det er altfor mye lagt opp til oss ledere at vi skal vite hva vi skal gjøre, vi skal klare det selv, det er ingen som følger oss opp, det er ingen som ser at vi gjør det, hvis ikke vi gjør det så er det ingen som sier noe.»
Mangel på opplæring	<ul style="list-style-type: none"> - «Jeg føler meg veldig utrygg på de første samtalene... Brosjyren gir meg oversikt over hva jeg skal gjøre, men akkurat de dialogsamtalene som det heter. Jeg tror ikke vi har fått noen opplæring i det i så alle gjør vel så godt de kan.» - «Jeg trenger kanskje kunnskaper om hvordan håndtere de vanskelige sakene... Første gang er det jo hele systemet.»
Manglende involvering av tillitsvalgte	
Utfordringer med kultur for endring	

Tabell 4

Antall ledere som omtalte temaer relatert til suksesskriteriene for effektive intervensjoner

<u>Suksesskriterier</u>	<u>Informanter</u>	<u>%</u>
Medvirkning for den sykmeldte	24	100
Utfordringer med spesifikke mål og prosedyrer	22	92
Mangel på systematisk evaluering	19	79
Utfordringer med organisasjonsspesifikk intervensjon	19	79
Utfordringer med roller og ansvar	19	79
Ønske om økt støtte fra ledelsen	17	71
Mangel på opplæring	12	50
Manglende involvering av tillitsvalgte	Ingen	Ingen
Utfordringer med en kultur for endring	Ingen	Ingen

Gjennom analysen ble det identifisert temaer som kunne analyseres på 7 av de 9 suksesskriteriene. Tabell 4 viser at alle lederne omtalte temaer som relaterte seg til medvirkning. Medvirkning i denne sammenhengen ble vurdert som medvirkning for arbeidstaker i sykefraværsarbeidet. Alle lederne uttrykte kjennskap til tilrettelegging som ble gjort i samarbeid med den sykmeldte. 92 % av lederne omtalte utfordringer som relaterte seg til suksesskriteriet med spesifikke mål og prosedyrer. Dette ble vurdert i analysen som ledere som ikke hadde kjennskap til eller brukte organisasjonens interne kvalitetssystem, samt ledere som uttrykte utfordringer ved å finne informasjon og usikkerhet rundt hvordan de skulle gjennomføre pliktene i IA-avtalen. 79 % av lederne omtalte temaer som relaterte seg til mangel på systematiske evalueringer. Dette ble også vurdert som å relatere seg til manglende bruk av kvalitetssystemet som var organisasjonens styringsverktøy hvor prosesser skulle skrives inn for senere evaluering. Når dette ikke ble benyttet var det liten oversikt over hva som var gjort og dermed vanskelig med evalueringer. Intervjuene kunne ikke fange opp

evalueringer på et større systemnivå enn internt i organisasjonen. Som tabell 4 viser omtalte 79 % av lederne temaer som relaterte seg til utfordringer med organisasjonsspesifikt intervensjonsprogram. Dette ble også vurdert til å relatere seg til kvalitetssystemet da dette er organisasjonens interne styringsverktøy. Når dette ikke ble benyttet kan det peke på utfordringer med å gjøre IA-avtalen til en integrert del av organisasjonen.

79 % av lederne opplevde utfordringer med roller og ansvar. Dette ble definert som å omhandle temaene rolleansvar og lederrollen som kom frem i temaanalysen. 71 % av lederne omtalte temaer som relaterte seg til utfordringer med støtte fra ledelsen. Dette suksesskriteriet ble vurdert til å omhandle ønske om mer støtte interne instanser som HR/HMS og ønske om mer påminnelser som kom frem i temaanalysen. 50 % av lederne omtalte temaer som relaterte seg til suksesskriteriet om opplæring. Dette ble vurdert som temaer om mer kunnskap som kom frem i temaanalysen. Når det gjaldt suksesskriteriene om involvering av tillitsvalgte og kultur for endring var det ingen av lederne som omtalte dette. Dette kan ha flere forklaringer som vil bli tatt opp i diskusjonsdelen.

Diskusjon

Gjennom temaanalysen (tabell 2) ble det identifisert 32 temaer fordelt på 10 hovedkategorier. Den største kategorien var IA-avtalen. Nesten alle lederne hadde kjennskap til pliktene for oppfølging av sykmeldte, og rundt halvparten av lederne omtalte temaer relatert til preventivt arbeid. Temaanalysen viste at systemutfordringer var den kategorien som inneholdt flest temaer (9) og var sammen med økt deltakelse fra HR, rolleavklaringer og mangelfull kunnskap om kvalitetssystemet, de kategoriene som inneholdt temaer som flest av lederne omtalte. Få ledere omtalte utfordringer med relasjonen til den ansatte (13 %) og ansatte som ikke overholdt sine plikter i IA-arbeidet (17 %). Dette kan peke på at det i hovedsak er tekniske/systemutfordringer ledere opplever som utfordrende med avtalen, og i mindre grad relasjonen til den sykmeldte.

Ved å analysere lederes oppfatninger av IA-avtalen innenfor et rammeverk for intervensjonsprogrammer, viste analysen en signifikant overvekt av lederne som omtalte temaer relatert til sekundær-/ tertiærforebygging (100 %), fremfor primærforebygging, både i forhold til intervensjoner rettet mot å endre arbeidsmiljøet (46 %) og individet/gruppen (21 %). Da sekundær/tertiærforebygging av natur er rettet mot enkeltindivider som allerede viser tegn på sykdom/skade, vil slike funn kunne peke i retning av at IA-avtalen tenderer til i

hovedsak å ha en reaktiv tilnærming på individnivå, fremfor et proaktivt fokus rettet mot å endre det kollektive arbeidsmiljøet.

Ved å analysere lederes oppfatning av IA-avtalens delmål én basert på en liste med ni suksesskriterier for effektive intervensjoner viste analysen at utfordringene lederne uttrykte ved IA-avtalen kunne ses i sammenheng med 7 av 9 av disse kriteriene. Analysen viste at medvirkning var det kriteriet som ble omtalt av de fleste lederne (100 %). Her omhandlet det medvirkning rettet mot den sykmeldte, da det var dette intervjuene fanget opp. Flest av ledere omtalte temaer som kunne relatere seg til utfordringer med spesifikke mål og prosedyrer (92 %), evalueringer (79 %), roller og ansvar (79 %), organisasjonsspesifikk intervensjon (79 %) og støtte fra ledelsen (71 %). Halvparten av lederne omtalte i tillegg temaer som relaterte seg til manglende opplæring. Ingen av lederne omtalte temaer som relaterte seg suksesskriteriene som omhandler manglende involvering av tillitsvalgte eller organisasjonskulturelle utfordringer ved endringsprosesser.

Et rammeverk for intervensjonsprogrammer

Ved å analysere lederes oppfatning av IA-avtalen på et rammeverk for intervensjonsprogrammer viste analysen at flertallet av temaene lederne omtalte, relaterte seg til sekundær/tertiærintervensjoner som kan ses på som en reaktiv og individfokustert tilnærming. Dette er i tråd med forskningen på intervensjonsprogram for å redusere skade og øke velvære (Biron et al., 2012; Kompier, 2003; Kompier & Kristensen, 2001). Selv om forskningen er sprikende tenderer ofte sekundær/tertiærintervensjoner å ha kortidseffekter og i hovedsak på subjektive mål. Imidlertid viser sekundær/tertiærintervensjoner sjelden en effekt på objektive mål som reduksjon i sykefravær eller gjennomtrekk (Arnold et al., 2010; LaMontagne et al., 2007).

Forebygging eller oppfølging. En tilnærming til å forstå resultatene som viste at hovedvekten av temaene omhandlet reaktivt arbeid kan være at IA-avtalen fokuserer mest på denne delen av sykefraværarbeidet. Som nevnt tidligere består IA-avtalens delmål én i utgangspunktet av to hovedmål; å forebygge og følge opp sykmeldte, for på denne måten å redusere sykefravær. Dette er ikke to adskilte mål da det også kan ses på som det LaMontagne et al. (2007) har foreslått som et hierarki av forebygging hvor sekundær- og terciærintervensjoner er forebygging av videre sykmelding, slik IA-avtalen også kan forstås. Imidlertid vil effekten av intervensjonen trolig være bedre hvis den iverksettes i forkant av sykdom/skade (Biron et al., 2012; LaMontagne et al., 2007). Fra 1. Juli 2011 ble det fortatt

endringer i IA-avtalen hvor fokuset ble rettet mot pliktige stoppunkter for oppfølging av sykmeldte som kan ses på som en reaktiv tilnærming til sykefraværarbeidet. Temaanalysen viste at lederne kjente godt til disse pliktene, men hadde mindre fokus på forebyggende arbeid. Trolig kan innføringen av disse pliktene ha ført IA-avtalen i retning av individfokusert rehabilitering, som Ose et al. (2013) også har pekt på i sin evaluering. IA-avtalen inneholder flere punkter om oppfølgingsprosessen mens forebygging kun er nevnt under andre tiltak: «Partene forventer at forebyggende arbeid skal ha et større fokus i HMS-opplæringen for øverste leder, vernetjenesten, linjeledelsen og tillitsvalgt enn det har i dag» (IA-avtalen, 2010). Avtalen nevner i liten grad hvordan forebyggende arbeid skal gjøres til en større grad av HMS-arbeidet eller hvordan virkemidler som skal benyttes. Den inneholder heller ingen klare målsetninger i forhold til forebygging, da avtalen peker på at organisasjonen selv er pliktige til å sette mål for HMS-arbeid (IA-avtalen, 2010). På tross av motstridene funn i studier av effekten av intervensjonsprogrammer tenderer flertallet av studiene å peke på at primærintervensjoner er mer effektive i reduksjon av sykefravær hvis de implementeres riktig (Biron et al., 2012; Cooper & Cartwright, 1994; LaMontagne et al., 2007; Randall & Lewis, 2007). På bakgrunn av dette er det mulig å tenke seg at IA-avtalen kan gjøres mer effektiv ved å rette fokuset i større grad mot forebygging av sykefravær som å vente til sykdommen er et faktum. Forebyggende arbeid vil ikke kunne erstatte oppfølging, men kan kanskje redusere behovet for oppfølgingsarbeidet i de situasjonene hvor det er mulig å forebygge.

Funnet som viste at lederne i hovedsak omtalte temaer som relaterte seg til oppfølging fremfor forebygging er i tråd med Ose et al. (2013) evaluering av IA-avtalen som pekte på at oppfølging er bedre implementert enn forebygging. Evalueringen viste at hele 86 % av lederne svarte at de var helt eller delvis enig i at sykefraværsrutinene var en del av det systematiske forebyggende HMS -arbeidet, mens kun 55 % av tillitsvalgte svarte bekreftende på dette. 22 % av de tillitsvalgte kjente ikke til om organisasjonen drev systematisk forebygging som en del av det daglige HMS-arbeidet. Rapporten forklarer ledernes svar som et mulig resultat av at forebygging er en del av arbeidsmiljøloven, slik at lederne ikke ville vedkjenne seg at dette ikke ble overholdt. Videre peker rapporten på at forebyggende arbeid har havnet i skyggen av IA-avtalen og spesielt i delmål én hvor oppfølging har stått i fokus. Ose et al. (2013) uttrykte at det trolig er mindre lønnsomt å bygge ut tiltak for å få arbeidstakere tilbake i jobb, enn å unngå at arbeidstakere faller ut av arbeidslivet.

Enkeltindividet eller arbeidsmiljøet. Analysen av lederes oppfatning av IA-avtalen viste at flere eller like mange av temaene relaterte seg til å endre arbeidsmiljøet fremfor

individet/gruppen. Imidlertid var ikke denne forskjellen signifikant. At flere temaer relaterte seg til å endre arbeidsmiljøet skiller seg fra tidligere funn i forskning på intervensjonsprogrammer hvor det pekes på at intervensjoner i hovedsak er fokusert rundt å endre individet (Biron et al., 2012; Kompier, 2003). Dette blir forklart med at det er mindre ressurskrevende og at skade/sykdom som et resultat av arbeidsforhold er subjektivt (Cooper & Cartwright, 1994). En forklaring på hvorfor IA-avtalen har større fokus på å endre arbeidsmiljøet både rettet mot det kollektivet arbeidsmiljøet og for individer som viser tegn på belastninger, kan være å se dette i tråd med en norsk arbeidsmiljøtradisjon hvor arbeidsplassen har ansvaret for et helsefremmende og utviklende arbeidsmiljø. Dette gjenspeiles også arbeidsmiljøloven §4.1(1):

Arbeidsmiljøet i virksomheten skal være fullt forsvarlig ut fra en enkeltvis og samlet vurdering av faktorer i arbeidsmiljøet som kan innvirke på arbeidstakernes fysiske og psykiske helse og velferd. Standarden for sikkerhet, helse og arbeidsmiljø skal til enhver tid utvikles og forbedres i samsvar med utviklingen i samfunnet (Arbeidsmiljøloven, 2005: § 4.1 (1)).

I IA-avtalen kommer endring av arbeidsmiljø til uttrykk spesielt gjennom tilrettelegging. Tilrettelegging (100 %) er det største temaet som kom frem av temaanalysen som kan bety at denne plikten er godt implementert hos lederne. At tilrettelegging er så kjent kan i utgangspunkt ses på som en styrke ved IA-avtalen. På den ene siden er tilrettelegging i mange situasjoner et godt virkemiddel for å gi mulighet for den sykmeldte til å få tilpassede arbeidsforhold. Å legge arbeidsforholdene til rette for å forebygge videre sykdom viser effekter i å få den ansatte tilbake i jobb (Randall & Lewis, 2007). Imidlertid uttrykte flere ledere at kravet om tilrettelegging også kan skape etiske dilemmaer med tanke på hvor langt tilretteleggingen går. I enkelte jobber er det ikke mulig eksempelvis å endre arbeidsoppgaver uten å lage en helt ny jobb eller at tilretteleggingen ikke er kostnadseffektiv. Tilretteleggingen er i hovedsak rettet mot individer som allerede opplever skade/sykdom og kan på denne måten overskygge alternativt arbeid. Det er også mulig å tenke seg at tilretteleggingen kunne gitt enda bedre resultater om det ikke stoppet på organisasjonsnivå, slik at det var mulig å tilrettelegge i en bredere kontekst med jobb innen andre sektorer.

Manglende kunnskap. En alternativ forklaring til at primærforebygging har havnet i skyggen av sekundær/tertiærintervensjoner kan være manglende kunnskap. Som tabell 2 viser

uttrykte 42 % av lederne manglende kunnskap om psykososiale utfordringer og 63 % uttrykte usikkerhet på hva som var deres ansvarsområde. Ved at organisasjoner mangler kunnskap om psykososiale forhold vil det også kunne være vanskelig å fange opp disse på et tidligere tidspunkt. En rapport om mental helse og arbeid blant OECD-landene (2013) har pekt på at Norge mangler et fokus på tidlige intervensjoner for sykefravær relatert til psykiske lidelser og psykososiale utfordringer. Her pekes det på at Norge ikke har noen klare retningslinjer for hvem som har ansvaret for tiltak som iverksettes før vedkommende er sykmeldt. Det er for lite kunnskaper blant ledere om psykiske utfordringer som gjør at det er vanskelig for ledere å fange opp slike aspekter (OECD, 2013).

Et forslag til å øke kunnskap er i større grad å benytte NAV arbeidslivssenter i denne sammenhengen (OECD, 2013). Rapporten uttrykker dette med tanke på mental helse, men dette kan trolig være en ressurs i flere aspekter av sykefraværarbeidet. Dette er et ressurs- og kompetansesenter som er tilgjengelig for alle organisasjoner som har inngått IA-avtalen. NAV skal bistå ledere og tillitsvalgte i IA-arbeidet og er derfor allerede en implementert del av IA-arbeidet (IA-avtalen, 2010). Flere av lederne pekte på at de ønsket mer kunnskap i systemet og ønsket økt sosial støtte for å gjennomføre IA-arbeidet. På denne måten kan økt bruk av arbeidslivssenteret være en ressurs. Imidlertid vil det være en utfordring i denne sammenhengen hvordan arbeidslivssenteret skal benyttes og implementeres. En diskusjon vil være hvorvidt en slik støtte bør være ekstern eller en prosess som bør foregå internt i organisasjonen. En effektiv intervensjon tenderer til å avhenge av et organisasjonsspesifikt intervensjonsprogram (Nielsen et al., 2007). Det kan derfor være en utfordring for NAV å ha kjennskap til organisasjonskultur og konteksten i hver enkel organisasjon.

Suksesskriterier for effektive intervensjoner

Ved å analysere lederes oppfatning av IA-avtalens delmål én, på en liste av suksesskriterier basert på studier av intervensjonsprogrammer, relaterte flere av utfordringene lederne uttrykte seg til kriteriene for vellykkede intervensjoner. Ut i fra dette kan suksesskriteriene være en måte å systematisere utfordringer lederne opplever med IA-avtalen og en liste over forbedringspunkter for at avtalen kan oppnå bedre resultater.

Medvirkning. Medvirkning fra de ansatte gjennom hele prosessen ses på som et viktig kriterium for å lykkes med et intervensjonsprogram (Nielsen et al., 2007; Randall & Lewis, 2007; Saksvik et al., 2002). Opplevd påvirkning på innholdet i intervensjoner har vist seg å ha en direkte link til frivillig deltakelse (Nielsen et al., 2007). Som tabell 4 viser omtalte

alle lederne temaer som relaterte seg til medvirkning. I denne analysen ble dette vurdert til å omhandle at lederen samarbeidet med den ansatte i gjennomføringen av pliktene i IA-avtalen. Alle lederne kjente til plikten med å tilrettelegge og uttalte at de gjorde dette i samarbeid men den sykmeldte. Medvirkning er viktig fordi det er en måte å identifisere de ansattes behov, men har også en viktig psykologisk effekt ved at det øker den ansattes eierskap til intervensjonen som kan øke viljen til deltakelse (Nielsen et al., 2007). Arbeidstakere som får være en del av prosessen både i planlegging og implementeringen vil trolig føle en større forpliktelse til intervensjonens mål (Arneson & Ekberg, 2005).

En forklaring på at medvirkning var godt kjent for ledere kan relatere seg til en sterk medvirkningstradisjon i norsk arbeidsliv som kommer til uttrykk både i IA-avtalen og arbeidsmiljøloven. Arbeidstaker har både en rett og en plikt til å medvirke (§2,3 og § 4,2). §4,2 omhandler alle disse aspektene: «Arbeidstakerne og deres tillitsvalgte skal holdes løpende informert om systemer som nyttes ved planlegging og gjennomføring av arbeidet. De skal gis nødvendig opplæring for å sette seg inn i systemene, og de skal medvirke ved utformingen av dem» (Arbeidsmiljøloven, 2005). Informasjon, drøfting og forhandling har vært nedfelt i arbeidsmiljøloven siden 1977, og fra 1. Januar 2006 ble dette presisert også ved organisasjonsendring som det første landet i verden. Imidlertid mangler medvirkningsbegrepet i arbeidsmiljøloven en klar operasjonalisering (Tvedt & Saksvik, 2012). På bakgrunn av dette er det trolig variasjoner i graden av medvirkning. I forskning på suksesskriterier ved intervensjonsprogrammer uttrykkes det at medvirkning må være tilstede i alle ledd i prosessen fra valg av intervensjonsprogram, til implementering og gjennomføring (Nielsen et al., 2007; Randall & Lewis, 2007; Tvedt & Saksvik, 2012). Analysen baserte seg på intervjuer med ledere slik at den ikke fanget opp alle deler av prosessen og alle aspekter av medvirkning. IA-avtalen er et trepartssamarbeid som på denne måten underbygger medvirkning i alle instanser. Imidlertid uttrykte enkelte lederne at IA-avtalen var noe de var pålagt å gjøre, slik at opplevelsen av medvirkning i implementeringen og gjennomføringen i hver enkelt organisasjon kan være varierende. Dette kan trolig som Arneson & Ekberg (2005) uttrykker påvirke ledernes motivasjon til å nå målene i IA-avtalen.

Spesifikke mål og systematiske evalueringer. Å utvikle mål er et av de mest vesentlige stegene for en effektiv intervensjon. Grunnen til dette er at elementene i målene har betydning for hvilke variabler som skal evalueres, hvem intervensjonene skal rettes mot, forventede utfall og tidsrom for intervensjonen. Målene i seg selv vil i stor grad påvirke hva som skjer i evalueringsfasen (Noblet & LaMontagne, 2009). Tabell 4 viser at 92 % av lederne

omtalte temaer som kunne relatere seg til utfordringer med spesifikke mål og prosedyrer. Dette kriteriet omhandler også en forsikret taushetsplikt (Randall & Lewis, 2007) som står sterkt i IA-avtalen. Lege eller NAV har taushetsplikt overfor den sykmeldte, samtidig som den sykmeldte ikke trenger å si noe om hvorfor vedkommende er syk. Imidlertid pekte flere ledere (54 %) på at dette er en utfordring for dem, da det er vanskelig å tilrettelegge uten å ha kjennskap til grunnen til sykefraværet.

79 % av lederne omtalte temaer som kunne relatere seg til systematiske evalueringer. I analysen ble både mål og evalueringer vurdert til å relatere seg til kvalitetssystemet som var organisasjonenes interne styringsverktøy, som skulle inneholde prosedyrer for IA-avtalen og som skulle brukes til evalueringer. At dette ikke ble brukt av lederne kan ha flere forklaringer. Da intervjuene ble gjennomført var dette systemet relativt nytt, slik at flere av lederne ikke hadde kjennskap til systemet. En annen forklaring kan være at det relaterte seg til en dårlig tilpasning mellom mennesker og teknologi i et menneske-organisasjon-teknologi perspektiv (Wickens, Lee & Becker, 2004).

Å ha klare prosedyrer og mål, samt systematiske evalueringer har vist seg å være vesentlig for effektive intervensjoner (Arthur, 2000; Randall & Lewis, 2007; Tvedt & Saksvik, 2012). Viktigheten av klare mål og prosedyrer kan forklares både relatert til en helhetlig systematisk tilnærming, men trolig også ut fra et motivasjonsperspektiv. Ved at lederne opplever utfordringer med dette kan både påvirke kvaliteten på IA-arbeidet, men også ledernes motivasjon. Relatert til forskningen på intervensjoner, vil en systematisk tilnærming til IA-avtalen med klare målbare evalueringskriteria som samsvarer med valgte mål kunne øke effekten av IA-arbeidet. Evalueringer må være tilstede for at man skal kunne vurdere effekten av noe. I denne sammenhengen er utfordringen å ha målbare kriterier som samsvarer med det valgte intervensjonsprogrammet (van der Klink, et al., 2001). Som nevnt tidligere vil eksempelvis tiden fra implementering til intervensjonen viser effekter variere mye mellom et sekundær/ tertiærprogram og primærintervensjon (LaMontagne et al., 2007). Samt at det er vanskelig å se effekten av et intervensjonsprogram alene i organisatoriske settinger da det er vanskelig å kontrollere tredjevariabler (Arnold et al., 2010). I tillegg viste temaanalysen (tabell 2) at flere ledere opplevde etiske dilemmaer i oppfølgingsarbeidet som kan være et resultat av uklare mål og prosedyrer.

Fra et motivasjonsperspektiv vil spesifikke og realistiske mål kunne ha en effekt på ledernes motivasjon i IA-arbeidet. Locke & Lathams målsettingsteori (2002) innebærer at motivasjon avhenger av at mål er spesifikke, målbare, avtalte/ oppnåelige, realistiske og tidsavgrensede (SMART). Ved å sette mål som er spesifikke og utfordrende, men ikke

umulige hvor personen vil føle en plikt til å gjennomføre dem vil trolig gjøre jobbprestasjonen bedre (Lock & Latham, 2002). Klare og spesifikke mål i denne sammenhengen vil ikke bare påvirke effekten av IA-arbeidet ved at systematisk evalueringer vil gi mulighet for forbedringer, men også lederne holdning til avtalen vil kunne påvirkes. Motivasjon og medvirkning vil som Nielsen et al. (2007) uttrykker ikke bare kunne gjøre at partene enes om intervensjonen, men også skape et psykologisk eierskap til den.

Roller og ansvar. Gjennom analysen ble det indentifisert at 79 % av lederne opplevde utfordringer med roller og ansvar. Dette ble definert som å omhandle temaene rolleansvar og lederrollen som kom frem i temaanalysen (tabell 2). Kompier et al. (2000) har pekt på at suksessen til et intervensjonsprogram avhenger av klart definerte roller og ansvar. Dette er viktig å klargjøre før implementeringen (Nytrø et al., 2000). Samtidig må det være samarbeid mellom forskjellige instanser for å oppnå et helhetlig støtteapparat (Randall & Lewis, 2007). I sammenheng med IA-avtalen vil dette gjelde at NAV, lege, sykmelder og den sykmeldte må ha definerte plikter og prosedyrer, samtidig som det må være godt samarbeid mellom alle partene. Som tabell 2 viser, uttrykte 63 % av lederne en usikkerhet for hva de andre instansene (NAV og lege) kunne bidra med og hva som var deres ansvarsområder, videre snakket 54 % av lederne om utfordringer relatert til egen rolle. I tillegg viser tabell 2 at 54 % av lederne omtalte utfordringer i samarbeid og kommunikasjon med NAV og 42 % uttrykte det samme når det kom til lege. Disse funnene kan peke på at IA-avtalen har en utfordring når det kommer til å ha klare nok roller og at de forskjellige instansene er samkjørt i sykefraværarbeidet. Som OECD-rapporten (2013) understrekte kan en av forklaringsmodellene for det høye sykefraværet i Norge relatere seg til utfordringer med ansvarsfordelingen. Flere ledere uttrykte usikkerhet rundt hva de andre instansene kunne bidra med og hvor deres ansvarsområde stoppet. Et slikt utgangspunkt kan trolig gi utslag i eksempelvis etiske dilemmaer og usikkerhet i IA-arbeidet. 54 % av lederne uttrykte usikkerhet i forhold til hvor hardt de skulle presse den sykmeldte, da IA-avtalens funksjon er å få de sykmeldte raskere tilbake i jobb.

Organisasjonsspesifikk IA-avtale. Hvorvidt organisasjonen hadde et organisasjonsspesifikt intervensjonsprogram ble vurdert til å omhandle utfordringer med bruken av kvalitetssystemet. IA-avtalen er et eksternt intervensjonsprogram, og basert på studier av intervensjonsprogrammer som beskrevet i teoridelen vil effekten av IA-avtalen kunne avhenge av den enkelte organisasjons evne til å implementere dette og gjøre det til en del av den spesifikke organisasjonskulturen (Cooper & Cartwright, 1994; Nielsen et al.,

2007). Som Randall & Nielsen (2012) har pekt på avhenger effekten av intervensjoner i stor grad av sammenhengen mellom intervensjonen og individet (person-intervensjon) og graden av sammenheng mellom intervensjonen og miljøet (miljø-intervensjon). I den offentlige organisasjonen hvor lederne var ansatt ble kvalitetssystemet sett på som et viktig styringsdokument som inneholdt fremgangsmåter, arbeidsoppgaver og prosesser, og hvor alle prosesser skulle dokumenteres. Når 79 % av lederne ikke benyttet dette systemet vil det kunne peke på utfordringer ved å gjøre IA-avtalen organisasjonsspesifikk, noe som kan påvirke IA-avtalens effektivitet. Intervensjoner ser ut til å være effektive når de er tilpasset et bestemt problem slik det oppleves for de ansatte og i konteksten hvor de oppstår (Randall & Nielsen, 2012). Trolig vil IA-avtalen kunne gi bedre resultater ved i større grad å gjøres organisasjonsspesifikk, gjennom risikovurderinger rettet mot utfordringer i den gitte konteksten.

Sosial støtte. Analysen viste at 72 % av lederne kommenterte temaer som relaterte seg til suksesskriteriet om støtte fra ledelsen. Flertallet av lederne opplevde ikke at det var fravær av støtte, men at de ønsket mer støtte fra ledelsen i selve gjennomføringen av pliktene i IA-avtalen. Flere ledere uttrykte at de var veldig alene i oppfølgingsarbeidet. De har plikter overfor den sykmeldte, men det er ingen som følger opp dem. Sosial støtte og spesielt støtte fra ledelsen har vist seg som et av de viktigste kriteriene i en vellykket organisasjonsendring (Kompier et al., 2000; Randall & Lewis, 2007; Tvedt & Saksvik, 2012). Dette baserer seg i stor grad på at ledelsen har en viktig rolle i hva som blir prioritert i organisasjonen. Ved at ledelsen setter fokus på IA-avtalen vil dette kunne påvirke ledernes fokus. I organisasjonen hvor lederne var ansatt var det blitt satt av tid og ressurser til utviklingen av kvalitetssystemet for sykefravær. Imidlertid viste studien at dette ble lite brukt, og kanskje er sykefraværarbeid et felt hvor lederne trenger mer støtte og oppfølging i selve gjennomføringen. Enkelte av lederne opplevde også samtaler med den sykmeldte som krevende og at det i enkelte tilfeller kunne være tøff informasjon som det var vanskelig å bearbeide. Ønske om støtte kan også relatere seg til at 54 % av lederne (tabell 2) uttrykte et ønske om mer påminnelser om frister i henhold til IA-reglementets bestemmelser.

På lik linje som klare mål og resultater, kan trolig sosial støtte også forklares i motivasjonelle termer som strekker seg lengre enn kun lederes opplevelse i IA-arbeidet. I en studie gjort av Humphrey, Nahrgang & Morgeson (2007) viste sosial støtte seg til å korrelere både med forpliktelse (0.56) og tilfredshet (0.41) i jobbsituasjonen. Studien peker på at de ansattes motivasjon, tilfredshet og prestasjon må ses i sammenheng med kravet til kunnskap,

sosial aktivitet og kontekst. Studien setter Hackman & Oldhams (1976) jobbkarakteristika modell i sammenheng med kunnskap, sosial støtte og kontekst for å forklare motivasjon i kunnskapsintensive organisasjoner i dag. Trolig kan sosial støtte i organisasjonen også ses som et primærforebyggende tiltak ved å øke tilfredshet i arbeidssituasjonen. Dette kan ha en verdi i forståelsen av sykefraværsarbeid ved at dette er faktorer som øker velvære og på denne måten kan redusere langtidssykefraværet. Et av IA-avtalens formål er å styrke jobbnærværet i perioden hvor arbeidstakeren er sykmeldt.

Opplæring. I tillegg til de nevnte suksesskriteriene viste analysen at 50 % av lederne uttrykte temaer som kan relatere seg til manglende opplæring i IA-arbeidet. Opplæring i intervensjonen er en forutsetning for et effektivt intervensjonsprogram (Arthur, 2000; Randall & Lewis, 2007). I analysen ble dette vurdert til å omhandle de lederne som omtalte temaer om manglende kunnskaper om IA-avtalen og om psykiske vansker fra temaanalysen, samt manglende opplæring. I sammenhengen med mål og evalueringer vil opplæring i intervensjonen være viktig for at intervensjonen gjennomføres på riktig måte. Flere ledere uttrykte usikkerhet i sin rolle, og opplevde etiske dilemmaer i IA-arbeidet, som begge er faktorer som kan ses på som en mulig konsekvens av manglende opplæring. Som nevnt tidligere kan manglende kunnskap være en begrensning ved primærforebygging, fordi det kan være vanskelig å fange opp utfordringer i arbeidsmiljøet eller ved individet på et tidlig tidspunkt (OECD, 2013).

Tillitsvalgtes rolle. Når det gjelder kriteriene om involvering av tillitsvalgte og kultur for endring ble ikke disse temaene kommentert av noen av lederne. Dette er ikke ensbetydende med at det ikke kan være en utfordring eller at dette ikke er gjort. Det kan være flere forklaringer på dette. En forklaring kan være at disse suksesskriteriene kommer i en tidligere fase, som ved implementeringen, eller at de i større grad retter seg mot systemnivået og ikke er i fokus på samme måte hos linjeledelsen. Trolig er en kultur for endring en systemvariabel som ikke fanges opp i intervjuer med ledere. Imidlertid er dette en faktor som kan ha betydning når IA-avtalen skal implementeres.

At ingen av lederne omtalte tillitsvalgtes rolle kan ha en alternativ forklaring ved at ledere kjenner for lite til tillitsvalgtes roller eller at IA-avtalen i for liten grad omtaler dette. I følge IA-avtalen er tillitsvalgte sammen med verneombud nevnt i tre sammenhenger; 1) de skal bidra til å gjøre IA-avtalen til en del av det integrerte HMS- arbeidet, 2) Når det er hensiktsmessig, gi arbeidstakeren råd og veiledning og bistå i dialog med andre instanser som arbeidsgiver, NAV eller lignende, 3) kan delta på dialogmøter når arbeidstaker ønsker det

(IA-avtalen, 2010). Trolig relaterer punkt én seg i hovedsak til primærforebygging (preventivt arbeid) og punkt to og tre til sekundær-/tertiærforebygging (reaktivt arbeid). Imidlertid sier avtalen i liten grad hvordan tillitsvalgt skal gjennomføre sine plikter. Dette kan gjenspeile hvorfor få ledere kommenterer på dette og er også i tråd med SINTEF-rapporten hvor tillitsvalgte i flere organisasjoner uttrykte at de ikke hadde kjennskap til om organisasjonene hadde sykefraværarbeid som en integrert del av HMS-arbeidet (Ose et al., 2013). Det vil også være en diskusjon hvor langt tillitsvalgtes ansvar går. Har tillitsvalgte et ansvar også for de som ikke er jobb, eller begrenser tillitsvalgtes ansvar seg til å omhandle de som er på jobb. Ved å ta utgangspunkt i suksesskriteriene for intervensjoner vil det i en ny IA-avtale trolig være en fordel i større grad å tydeliggjøre tillitsvalgtes rolle i sykefraværarbeidet.

En systematisk tilnærming

Ved å analysere lederes opplevelser og erfaringer på en liste av suksesskriterier for effektive intervensjonsprogrammer, kan det tyde på at mange av disse kriteriene henger sammen i en systematisk helhetlig tilnærming. Dette er i tråd med forskningen som har gått fra å identifisere enkeltfaktorer, til å se på effekten av intervensjonsprogrammer som avhengig av en systematisk tilnærming med fokus både på prosess og innhold (Kompier et al., 2000; LaMontagne et al., 2007; Noblet & LaMontagne, 2009; van der Klink et al., 2001). For å oppnå en helhetlig vurdering må det være en klar sammenheng mellom valgt intervensjonsprogram, implementering og valgte målbare evalueringskriterier hvor medvirkning er til stede gjennom hele prosessen (Kompier et al., 2000). For å oppnå en effektiv intervensjon i denne sammenhengen er det viktig å kartlegge behov. For å oppnå en systematisk tilnærming vil det være vesentlig å gjennomføre en risikoanalyse av arbeidsforholdene for på den måten å kunne forebygge skade og sykdom (Noblet & LaMontagne, 2009). Å gjennomføre risikoanalyser er et krav for alle organisasjoner og som kontrolleres av arbeidstilsynet (Interkontrollforskriften, 1996). Imidlertid kan det virke som hovedfokuset ved risikoanalyser ofte er å hindre umiddelbare skader, og mindre fokusert rundt langtidspåvirkninger av et helseskadelig arbeidsmiljø, spesielt psykososiale og organisatoriske belastninger av arbeidsmiljøet (Andersen, Bråten, Gjerstad & Tharaldsen, 2009). Det vesentlig å gjøre IA-arbeidet til en helhetlig del av det daglige HMS-arbeidet (Andersen et al., 2009; Ose et al., 2013).

En måte å gjøre IA-arbeidet til en del av det daglige HMS - arbeidet på kan være å fokusere risikovurderingene i større grad rundt langtidspåvirkninger av arbeidsmiljøet. I denne prosessen er medvirkning fra de ansatte et vesentlig bidrag. En tilnærming til dette er

PAR (participative action research) innenfor en tradisjon av aksjonsforskning. Dette er en metodisk tilnærming hvor fokuset er rettet mot å løse praktiske utfordringer i samarbeid med individene og organisasjonen som opplever dem. Dette gjøres ved at de ansatte samarbeidet med forskere eller konsulenter for å identifisere utfordringer eller løsninger. Dette øker muligheten for samarbeid mellom de forskjellige instansene og enes om en felles løsning til problemet (Arnold et al., 2010).

New Public Management

Som temaanalysen (tabell 2) viste var det få av lederne som benyttet kvalitetssikringssystemet i sitt sykefraværarbeid som kunne være en indikator på utfordringer med et systematisk IA-arbeid i forhold til innhenting av informasjon, organisasjonsspesifikke mål og evalueringer. På 1980-tallet oppstod det et økt fokus på effektivisering av offentlig sektor kalt New Public Management (NPM). Grunnprinsippene baserer seg på å effektivisere offentlig sektor gjennom å benytte prinsipper fra privat sektor som konkurranseutsetting, privatisering, automatisering og økt prestasjonskultur (Hood, 1991). I norsk offentlig sektor og uttrykkes NPM spesielt gjennom mål- og resultatstyring (Christensen & Lægreid, 1998). Dette gjenspeiles i organisering av IA-avtalen, og kan være med å forklare utfordringene lederne uttrykker ved avtalen. Både oppbygning og den interne organiseringen av IA-avtalen baserer seg på mål- og resultatstyring. I organisasjonen hvor lederne i studien er ansatt, benyttes et kvalitetssystem for å kvalitetssikre prosesser. Et kvalitetssikringssystem er et virkemiddel i mål og resultatstyring, og fungerer som et management information system (MIS). Lucey (2005) definerer MIS som et system for å overføre data fra interne og eksterne kilder, og kommunisere denne informasjonen på en god måte til ledere på alle nivåer. Slik at de på denne måten kan gjøre raske og gode beslutninger, samt føring og kontroll av områder de er ansvarlige for.

Et kvalitetssikringssystem kan være med på å systematisere sykefraværarbeidet i tråd med suksesskriteriene for et effektivt intervensjonsprogram. Imidlertid kan NPM også være med på å begrense mulighetene for alternativt arbeid. Det kan redusere lederens muligheter til å se på alternative tilnærminger fordi NPM begrenser lederen til å handle rundt fastsatte mål for å nå ønskede resultater. Som Christensen og Lægreid (1998) har pekt på har implementeringen av NPM i Norge gått sakte. En forklaring på dette er at NPM er lite tilpasset den norske medvirkningstradisjonen. I tillegg kan funnene peke på at sykefraværarbeid er et felt som kan være lite tilpasset et kvalitetssikringssystem ved at ledere

trenger andre støttefunksjoner i denne prosessen. Flere ledere uttrykte at de ønsker mer støtte fra ledelsen for å gjennomføre sykefraværsarbeidet.

Primærforebygging i et samfunnsperspektiv

Gjennom analysene ble det identifisert og systematisert utfordringer lederne opplever ved IA-avtalen. En forklaring på utfordringene var å se det i sammenheng med manglende systematisering av IA-arbeidet og å innlemme dette som en del av organisasjonens daglige HMS-arbeid. Samt i større grad å ha en proaktiv tilnærming til sykefraværsarbeid. En alternativ forklaring er å se utfordringene i forhold til om målene i IA-avtalen er realistiske i norsk arbeidsliv. OECD-rapporten (2013) uttrykte at Norge har utfordringer med at ungdommer dropper ut av utdanning og ser på dette som en av grunnene til det høye sykefraværet sammenliknet med andre OECD-land. Kanskje er det norske samfunnet for segmentert for å få en helhetlig tilnærming til å oppnå ønsket reduksjon av sykefravær. Når forebygging omtales i IA-avtalen eller i forskningen på intervensjonsprogrammer, begrenser dette seg til å omhandle forebyggende arbeid på arbeidsplassen eller med de ansatte. Et spørsmål i denne sammenhengen vil være hvor bredt en skal se forebyggingsbegrepet. Kanskje må forebygging starte mye tidligere for å oppnå ønsket målsetting, og et av de viktigste satsingsområdene bør være økt fokus på utdanning og å fange opp risikofaktorer for å falle ut av skolesystemet allerede i tidlig alder. I samarbeid med en rekke forskere fra forskjellige fagdisipliner har Cooper (2014) utviklet en serie som tar for seg en helhetlig tilnærming til menneskelig velvære i forskjellige livsfaser og kontekster. Dette er en tilnærming til å forstå kompleksiteten av forebyggende arbeid. Kanskje er primærforebyggende tiltak i IA-avtalen egentlig sekundær/tertiærforebygging da preventivt arbeid starter på et mye tidligere tidspunkt. IA-avtalen gir mulighet for å redusere sykefravær blant ansatte, imidlertid er kanskje ikke dette nok for å redusere sykefraværet.

Begrensninger

Mandatet. Dataene som ble brukt i analysen er et resultat av intervjuer gjort i henhold til et mandat utarbeidet av en større offentlig organisasjon. Dette mandatet ble utarbeidet av organisasjonen basert på faktorer de ønsket å undersøke om sykefraværsarbeidet i deres organisasjon. På bakgrunn av dette har funnene trolig noen begrensninger. For det første er spørsmålene i mandatet negativt fokusert. Det vil si at fokuset var rettet mot utfordringer og fanget ikke opp aspekter ved sykefraværsarbeidet som fungerte. Dette kan gi begrensninger både ved å begrense mengden data og påvirke intervjusituasjonen. Et negativt fokus tilhører en problemorientert, fremfor en løsningsorientert tradisjon. Med dette menes en tradisjon med

fokus på å identifisere problemet for å kunne finne en løsning, fremfor en tradisjon hvor en ser etter en løsning uten først å identifisere problemet. Det er ikke nødvendigvis slik at en trenger å identifisere et problem for å finne en løsning (LØFT instituttet, 2012). Samtidig kan en problemfokuseret tilnærming trolig påvirke intervju situasjonen, hvor informanten kan oppleve at intervjueren bare er opptatt av hva som ikke fungerer. Enkelte ledere ønsket å omtale hva som fungerte i deres avdeling og det de var stolte av. Dette ble ivare tatt ved at informanten ledet intervjuet, men skapte likevel usikkerhet for enkelte av lederne

Spørsmålsstillingen begrenset også analysevalg. Ved at dataene kun fanget opp utfordringer gjorde at det ikke var mulig å gjennomføre en SWOT-analyse. Dette er et analyseverktøy som identifiserer styrker, svakheter, muligheter og trusler. Imidlertid ble det gjennom dialog med organisasjonen valgt å beholde mandatet. Samtidig åpnet den semi-strukturerte tilnærmingen for at det også ble fanget opp andre aspekter. I tillegg ble det å fokusere på utfordringer sett på en måte å avgrense datamengden gjennom å guide intervjuet i en retning, som en semi-strukturert tilnærming åpner for (Kvale & Brinkmann, 2009; Smith & Osborne, 2008). Imidlertid kunne en SWOT – tilnærming til intervjuene trolig åpnet for en større bredde i datamaterialet og et verktøy for å systematisere informasjonen.

Studien baserer seg på intervjuer med ledere og funnene begrenser seg til å forstås i dette perspektivet. Nærmeste ledere har et viktig ansvar i IA-avtalen da det er lederen som skal gjennomføre flere av pliktene i samarbeid med den sykmeldte og andre instanser. Trolig er det slik at lege, NAV eller sykmeldt opplever IA-avtalen på en annen måte. Imidlertid kan funnene være med å peke på tendenser for hvordan IA-avtalen oppleves fra ledernes perspektiv og mulig forbedringsområder i denne sammenhengen.

Metoden. Studien baserte seg på kvalitativ metode med bruk av intervjuer. En slik tilnærming kan ha begrensninger. Utvalget i studien var basert på strategiske utvalg i tråd med kvalitativ metode. Det strategiske utvalget bestod av 24 informanter som er i tråd med det Kvale og Brinkmann (2009) opererer med som vanlig med tanke på gjennomførbarhet og metning (15 +/- 10). Imidlertid viser tabell 1 at det er en ganske stor spredning i datamaterialet i forhold til hvor mange temaer hver informant omtalte. Informant 21 omtalte bare seks av temaene. Dette kan ha flere forklaring, ved å se på demografiske variabler for denne informanten var dette en relativt ung leder med liten ledererfaring. På bakgrunn av dette avhenger antallet informanter trolig like mye av informantenes erfaringsnivå og er noe som må tas hensyn til.

Generaliserbarhet. Det er et omstridt spørsmål i forskningen hvorvidt intervjustudier med strategisk utvalg er generaliserbare. Dette avhenger av tilnærmingen til generaliserbarhet (Kvale & Brinkmann, 2009). Metoden og utvalget gir ikke grunnlag for statistisk generaliserbarhet. Med dette menes at utvalget ikke er tilfeldig, og informantene er for få til å trekke slutninger om at funnene er generaliserbare i andre kontekster eller ved bruk av andre informanter. Imidlertid kan en argumentere for at studien kan ha en analytisk generaliserbarhet. Med dette menes en vurdering av i hvilken grad resultatene kan brukes som en retning for hva som kan skje i en annen situasjon (Kvale & Brinkmann, 2009). Metoden gjør det ikke mulig å trekke konklusjoner, men å peke på tendenser, som er i tråd med studiens formål.

Z-testkalkulatoren som ble brukt for å se om det var signifikant proporsjonsforskjeller mellom de forskjellige kvadrantene i rammeverket for intervensjoner viste kun om forskjellene var signifikante eller ikke, men ingen nøyaktig verdi. Samtidig som studien var basert på et lite utvalg. Imidlertid kan den brukes til å gi et bilde på at det var en signifikant større proporsjon av ledere som omtalte temaer relatert til sekundær/tertiærintervensjoner fremfor primærintervensjoner i den respektive studien.

Validitet og reliabilitet. Validitet og reliabilitet er viktige spørsmål i kvalitativ forskning. For å sikre reliabilitet og validitet i intervjustudier må dette være en del av hele forskningsprosessen. Kvale og Brinkmann (2009) peker på at det i kvalitative studier er i hovedsak to tilnærminger til å styrke validiteten. Disse er å benytte seg av flere forskere eller å være åpen gjennom hele prosessen slik at leseren selv kan vurdere validiteten. I gjennomføringen av intervjuene avhenger validiteten av kvaliteten på intervjuet. Kvaliteten i denne sammenhengen vil si at informanten er troverdig og at intervjueren oppfatter informasjonen på riktig måte (Kvale & Brinkmann, 2009). Dette ble forsøkt ivaretatt i intervjuene i form av at de første intervjuene ble gjennomført av to deltakere i prosjektgruppen. Samtidig var det utarbeidet en intervjuguide basert på PEACE - modellen både for å gjøre intervjuene lik i utforming og være transparent i forhold til hvordan intervjuene ble gjennomført. Masterstudentene gjennomførte intervjutrening i forkant av intervjuene og det ble også benyttet oppfølgingsspørsmål. Oppfølgingsspørsmål gir muligheten til å innhente mer informasjon, samtidig som dette er en måte å kontrollere at informanten bli forstått riktig (Kvale & Brinkmann, 2009). Det ble brukt lydbånd under intervjuene. Dette styrker validiteten ved at intervjueren kan følge informanten og stille riktige oppfølgingsspørsmål, samtidig som dette gir mulighet for en verbatim transkripsjon i

ettertid. Imidlertid kan trolig bruken av lydbånd påvirke intervjusituasjonen. Under intervjuene var det enkelte ledere som uttrykte usikkerhet eller ubehag ved at det ble tatt lydopptak.

Transkripsjoner er overføring av informasjon fra muntlig til skriftlig form. Dette er ikke en direkte overføring, men en dekontekstualisering av intervjusituasjonen (Kvale & Brinkmann, 2009). I denne sammenhengen vil det kunne diskuteres hvorvidt informasjonen fra transkripsjonene er en valid fremstilling av informasjonen fra intervjuene. Validiteten av transkripsjonene avhenger av at transkriberingsstilen er tilpasset analysen (Braun & Clarke, 2006). I denne studien ble en verbatim transkripsjon valgt hvor alle meningsbærende enheter ble transkribert. Latter og andre lyder uten mening ble derfor utelatt. Dette ble sett på som valid da transkripsjonene skulle benyttes i temaanalyse. Validiteten ble også forsterket i form av at transkripsjonene ble gjennomført av flere personer og det ble foretatt mål på inter-rater reliabilitet. Det ble utarbeidet en felles forståelse for hvordan intervjuene skulle transkriberes.

En valid analyse avhenger av om det er en logisk sammenheng mellom intervjuene og måten de tolkes på (Kvale & Brinkmann, 2009). Denne studien er basert på en reanalyse av tidligere data. Intervjuene omhandler det samme temaet, men analysen er ikke knyttet opp mot det samme mandatet som da intervjuene ble gjennomført. Det er derfor viktig å vurdere om tolkningene gjort i temaanalysen er logiske. Ved å benytte kvalitativ metode med bruk av intervjuer opereres det innenfor en tradisjon hvor en tenker seg at lederne omtaler de temaene som opptar dem mest uten å stille ledende spørsmål. Validiteten styrkes ved at intervjueren ikke legger føringer på hva informantene skal uttrykke, og på denne måten unngås ledende spørsmål (Kvale & Brinkmann, 2009).

For å sikre at analysen var logisk i henhold til dataene fra intervjuet ble det gjort en induktiv analyse, slik at den baserte seg direkte på ledernes utsagn. På denne måten styrkes validiteten ved at en induktiv tilnærming begrenser fokuset på selvoppfyllende profetier. Da den induktive analysen ble gjennomført ble temaene systematisert i større kategorier. I denne sammenhengen er det mulig å diskutere hvorvidt denne kategoriseringen da ble farget av fagfelt og teorier, eller fremdeles hadde en induktiv tilnærming. Trolig er det slik at hvis denne kategoriseringen hadde blitt gjennomført med en annen metodologisk og teoretisk bakgrunn kunne dette ført til andre kategoriseringer.

Temaanalysen ble gjort av to personer. Dette styrker validiteten ved at vi var to som identifiserte temaer og kunne utvikle en konsensus i forståelsen av temaene. Inter-raterreliabiliteten ble også testet og ansett som god. I prosessen hvor temaer ble analysert

deduktivt ble kun gjort av meg. Her er validiteten styrket ved at modellene er illustrert med sitater for å vise en transparent prosess.

Begrensninger ved studier av intervensjonsprogrammer. Som nevnt i teoridelen er det til nå ikke etablert en klar konsensus i forskningen for hva som skal til for en effektiv intervensjon. Trolig er dette et resultat av kompleksiteten i slike studier, som har resultert i en rekke svakheter i metoden som benyttes. Det er ikke mulig å studere effekten av en intervensjon i laboratorier, og det vanligste er derfor å benyttes feltstudier. I feltstudier gjennomføres studien i naturlige settinger hvor det ikke er mulig å utelukke tredjevariabler. Samtidig er deltakerne i studien ikke passive, men sosiale deltakere i sitt eget arbeidsmiljø. På denne måten blir studien av intervensjoner like mye et sosialt eksperiment hvor deltakerne trolig i stor grad selv har betydning for suksessen av intervensjonen. Videre er det også slik at intervensjonsstudier i naturlige settinger krever at organisasjoner er villige til å implementere intervensjonen. Dette er en kostnad for organisasjonen som gjør at det kan oppstå sprikende interesser i gjennomføringen. Ledelsen i organisasjonen vil trolig implementere intervensjonen på en kostnadseffektiv måte ved å innlemme så mange av de ansatte som mulig. Dette kan gå på bekostning av eksempelvis etableringen av kontrollgrupper. På bakgrunn av dette er det mulig å stille spørsmål til kvaliteten på resultatene som kommer frem av slike studier. Dette kan derfor ha begrensninger for bruken av disse studiene i forståelsen av effektive intervensjoner. Imidlertid er feltstudier sett på som best praksis da det mangler bedre alternativer (Randall & Lewis, 2007).

En utfordring ved studiet av intervensjonene er som nevnt i teoridelen at det ikke finnes noen konsensus for definisjonene av de forskjellige formene for intervensjonsprogrammer. Studiene er basert på forskjellige teoretiske rammeverk, benytter forskjellige typer begreper og definisjoner. Eksempelvis opererer noen studier med at primærintervensjoner er intervensjoner rettet mot å endre faktorer i arbeidsmiljøet, mens andre studier peker på at disse også kan rettes mot individet. Enkelte studier fokuseres innenfor et stressparadigme hvor stress ses på som noe som oppstår hos det enkelte individ, mens andre ser stress som like avhengig av arbeidsmiljøet. Slike forskjeller kan gjøre det vanskelig å sammenlikne resultater.

Studiens kontekst vil trolig også kunne gi sprikende resultater. Ikke bare på tvers av land, men også i forskjellige organisasjoner. Som nevnt tidligere er trolig suksessen til en intervensjon avhengig av konteksten den opererer i. Studiene som suksesskriteriene baserer seg på er gjort i forskjellige land, med forskjellig samfunnsstruktur. Dette vil trolig påvirke

om det er mulig å sammenlikne disse. Eksempelvis er den statlige påvirkningen varierende i de forskjellige landene. I Norge er staten sterkt innblandet i intervensjonen for å redusere sykefravær, mens i England foregår mer av dette hos den enkelte organisasjon. Kanskje er det ikke mulig å se en klar sammenheng mellom stimuli og respons, men at fokuset i større grad bør være å se på prosessen og tendensen som er retningen som også gjenspeiles i forskningen. Her vil kvalitativt forskning kunne gi et viktig bidrag.

Implikasjoner

Studien har sett IA-avtalen i forhold til forskning på intervensjoner for å redusere skade og øke velvære. Gjennom analysene har det blitt identifisert utfordringer ved IA-avtalen sett i sammenheng med forskning som kan peke på hvordan IA-arbeidet kan oppnå bedre resultater. Spesielt gjennom å sikre en mer helhetlig tilnærming til prosess, innholdet og implementeringen av IA avtalen, samt å rette fokuset også mot det forebyggende aspektet av avtalen. På bakgrunn av dette kunne IA-avtalen trolig gi bedre resultater ved å omorganisere avtalen basert på funn på forskningen på intervensjoner. Imidlertid har studien hatt en eksplorerende tilnærming ved bruk av kvalitativ data, slik at funnene ikke er statistisk generaliserbare. En mulig tilnærming er å bruke disse funnene til å utvikle et spørreskjema som kan distribueres til organisasjoner som har vedtatt IA-avtalen. På denne måten kan en undersøke om utfordringene er reelle for en større andel, og på bakgrunn av dette vurdere forbedringer eller reorganisering.

Studien peker også på utfordringer ved forskningen på intervensjoner, da dette ikke lar seg gjennomføre i kontrollerte omgivelser. Forskningen på intervensjoner har tydelige svakheter ved at gode metodiske retningslinjer ofte går på bekostning av tid og ressurser. For å studere intervensjoner må de implementeres i virkelige organisasjoner hvor det kan være vanskelig å etablere gode forskningsdesign. Det kan være utfordringer med å etablere kontrollgrupper og å måle effekter uavhengig av andre prosesser som foregår i organisasjonen. Ved å identifisere slike utfordringer kan en styrke forskningsdesignet ved å etablere en klarere konsensus. Kanskje er det ikke mulig å måle den direkte sammenhengen mellom stimuli og respons, slik at fokuset i større grad bør rettes mot en systematisk tilnærming til prosess og innhold, hvor kvalitativ forskning kan gi et viktig bidrag. Videre har litteraturgjennomgangen pekt på at det i forskningen til nå har vært fokus på å redusere arbeidsmiljøbelastninger for individet, fremfor å se hva som skaper velvære på

arbeidsplassen. Å snu dette fokuset kan gi verdifull kunnskap i arbeide med å redusere sykefraværet.

Konklusjon

Oppgaven har hatt som formål å gjennomføre en temaanalyse av lederes oppfatning av IA-avtalen, samt å se dette i sammenheng med forskning på intervensjonsprogrammer. I denne sammenhengen hvorvidt en temaanalyse av lederes oppfatning av IA-avtalen kunne analyseres i et rammeverk for intervensjoner og ses i sammenheng med suksesskriterier for effektive intervensjonsprogrammer. Temaanalysen viste at utfordringer ledere uttrykte ved IA-avtalen var i hovedsak relatert til system og tekniske aspekter, og få ledere uttrykte utfordringer ved relasjonen til den sykmeldte. Studien har pekt på at IA-avtalen tenderer til å ha hovedfokuset rettet mot oppfølgingen av sykefravær (reaktiv tilnærming), fremfor forebyggende arbeid (proaktiv tilnærming). På tross av sprikende resultater tenderer forebyggende arbeid å ha en bedre effekt på objektive mål som å redusere kostnadene ved sykefravær og gjennomtrekk, hvis de bygger på en systematisk tilnærming og implementeres riktig. Studien har vist at temaanalysen av lederes oppfatning av avtalen kan systematiseres innenfor suksesskriterier identifisert gjennom forskningen på intervensjonsprogrammer. På bakgrunn av dette kan trolig IA-avtalen ikke bare kan ses på som en særnorsk tilnærming til å redusere sykefravær, men også som et intervensjonsprogram med elementer både fra primær, sekundær og tertiærintervensjoner. Ved å se IA-avtalen i denne sammenhengen vil trolig avtalen kunne gi bedre resultater gjennom å sikre en mer systematisert tilnærming i prosess og innhold, gjennom å gjøre avtalen mer organisasjonsspesifikk. Samt å ha et økt fokus på forebyggende arbeid. Forebyggende arbeid vil trolig ikke kunne erstatte oppfølging, men redusere behovet for oppfølging i de tilfellene hvor forebygging er mulig.

Etterord: IA-avtalen 2014-2018

Den 4. mars 2014 ble den nye IA-avtalen for perioden 2014-2018 undertegnet av partene i arbeidslivet. Samtidig er den nå sendt ut til høring for å endre paragrafer i arbeidsmiljøloven som relaterer seg til endringen som nå har blitt gjort. De største endringene i denne avtalen er at stoppunktene i forhold til oppfølging av sykmeldte reduseres, og det skal

ikke lengre gis sanksjoner til organisasjoner som ikke sender inn skjemaer til riktige tider, eller sykmeldere som ikke deltar på dialogmøte (IA-avtalen, 2014). Dette er gjort for å redusere skjemaveldet, som også kommer frem hos lederne i denne studien som utfordrende. Videre trenger ikke oppfølgingsplanen å sendes inn innen fire uker i situasjoner der den sykmeldte er delvis i jobb, eller hvor det ses som lite hensiktsmessig å utforme en slik plan. IA-avtalen 2014-2018 vektlegger i større grad forskning og utvikling, samt et økende fokus på forebyggende arbeid. Dette ses blant annet gjennom et forebyggingstilskudd som er et «tilskudd som kan gis til arbeidsgiver for merutgifter eller merinnsats forbindelse med forebyggende HMS-arbeid, tilrettelegging, utprøving, opplæring i nye arbeidsoppgaver, eller praktisk hjelp som arbeidstakeren har behov for» (IA-avtalen, 2014).

Flere av endringene i IA-avtalen 2014-2018 er i tråd med funnene og forslag til endringer som det blir pekt på i denne oppgaven. Det ser ut til at IA-avtalen 2014-2018 i større grad fokuserer på arbeidsmiljøet og at den reduserer noe av fokuset på enkeltindividet. Samtidig øker vektleggingen av forebyggende arbeid. Imidlertid vil det være vesentlig hvordan disse endringene brukes og implementeres i den enkelte organisasjon. Som denne studien peker på vil trolig effekten av IA-avtalen avhenge like mye av prosess som innhold. Trolig vil effekten av disse endringene avhenge av organisasjonenes evne til å vektlegge en systematisk tilnærming med en organisasjonsspesifikk IA-avtale med klare mål, prosedyrer, roller og evalueringer, hvor medvirkning, samarbeid med tillitsvalgte og støtte fra ledelsen står i fokus gjennom hele prosessen.

Referanser

- Andersen, R. K., Bråten, M., Gjerstad, B. & Tharaldsen, J. (2009). *Systematisk HMS-arbeid i norske virksomheter – status og utfordringer 2009*. (Fafo - rapport 2009:51). Oslo: Fafo. Hentet fra: <http://www.fafo.no/pub/rapp/20141/20141.pdf>
- Arbeidsmiljøloven. (2005). *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv*. Hentet fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62>
- Arbeidstilsynet. (2012). *Tidligere oppfølging av sykmeldte*. Hentet fra: <http://www.arbeidstilsynet.no/binfil/download2.php?tid=229654>
- Arneson, H. & Ekberg, K. (2005). Evaluation of empowerment processes in a workplace health promotion intervention based on learning in Sweden. *Health Promotion International*, 20(4), 351-359. doi: 10.1093/heapro/dai023
- Arnold, J., Randall, R., Patterson, F., Silvester, J., Robertson, I., Cooper, C. L., . . . Hartog, D. D. (2010). *Work Psychology - Understanding Human Behaviour in the Workplace* (5.utg.). Essex: Pearson Education Limited.
- Arthur, A. R. (2000). Employee assistance programmes: The emperor's new clothes of stress management? *British Journal of Guidance & Counselling*, 28(4), 549-559. doi: 10.1080/03069880020004749
- Berridge, J. R., & Cooper, C. L. (1994). The employee assistance programme - Its role in organizational coping and excellence. *Personnel Review*, 23(7), 4-20. doi: 10.1080/03069880020004749,
- Biron, C., Karanika-Murray, M. & Cooper, C.L. (2012). Organizational interventions for stress and well-being – an overview. i C. Baron, M. Karanika-Murray & C. L. Cooper (Red.), *Improving Organizational Interventions for Stress and Well-Being – Addressing Process and Context* (s. 1-17). East Sussex: Routledge.

- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa
- Christensen, T. & Lægreid, P. (1998). Administrative reform policy: the case of Norway. *International Review of Administrative Sciences*, 64(3), 457-475. doi: 10.1177/002085239806400308
- Clarke, C. & Milne, R. (2001). *National Evaluation of the PEACE Investigative Interviewing Course, Police Research Award Scheme*. (Police Research Group report nr. PRAS/149). Hentet fra: <http://tna.europarchive.org/20030731071058/http://www.homeoffice.gov.uk:80/docs/peaceinterviewcourse.pdf>
- Cooper, C.L. (red.) (2014). *Wellbeing: A complete Reference Guide: 6 Volume Set*. John Essex: Wiley & Sons.
- Cooper, C. L. & Cartwright, S. (1994). Healthy Mind; Healthy Organization - A proactive approach to occupational stress. *Human Relations*, 47(4), 455-471. doi: 10.1177/001872679404700405
- De Frank, R. S. & Cooper, C. L. (1987). Worksite stress management interventions: Their effectiveness and conceptualization. *Journal of Managerial Psychology*, 2(1), 40-10. doi: 10.1108/eb043385
- De nasjonale forskningsetiske komiteer. (2006). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. Hentet fra [http://www.etikkom.no/Documents/Publikasjoner-som-PDF/Forskningsetiske%20retningslinjer%20for%20samfunnsvitenskap,%20humaniora,%20juss%20og%20teologi%20\(2006\).pdf](http://www.etikkom.no/Documents/Publikasjoner-som-PDF/Forskningsetiske%20retningslinjer%20for%20samfunnsvitenskap,%20humaniora,%20juss%20og%20teologi%20(2006).pdf)

- Donaldson-Feilder, E., Yarker, J. & Lewis, R. (2008). Line managers competence: the key to preventing and reducing stress at work. *Strategic HR Review*, 8(2), 11-16. doi: 10.1108/14754390810853110
- Donaldson-Feilder, E., Yarker, J. & Lewis, R. (2011). *Preventing stress in organizations: how to develop positive managers*. Essex: John Wiley & Sons.
- French, M. T., Dunlap, L. J., Roman, P. M. & Steel, P. D. (1997). Factors that influence the use and perceptions of employee assistance programs at six worksites. *Journal of Occupational Health Psychology*, 2(4), 312-324. doi: 10.1037/1076-8998.2.4.312
- Giga, S. I., Cooper, C. L. & Faragher, B. (2003). The Development of a framework for a comprehensive approach to stress management interventions at work. *International Journal of Stress Management*, 10(4), 280-296. doi: 10.1037/1072-5245.10.4.280
- Giga, S. I., Noblet, A. J., Faragher, B. & Cooper, C. L. (2003). The UK Perspective: A review of research on organisational stress management interventions. *Australian Psychologist*, 38(2), 158-164. doi: 10.1080/00050060310001707167
- Hackman, R. J. & Oldham, G. R. (1976). Motivation through the design of work: Test of a theory. *Organizational Behavior and Human Performance*, 16, 250-279. doi: 10.1016/0030-5073(76)90016-7
- Hood, C. (1991). A Public Management for all seasons? *Public Administration*, 69(1), 3-19. doi: 10.1111/j.1467-9299.1991.tb00779.x
- Humphrey, S. E., Nahrgang, J. D. & Morgenson, F. P. (2007). Integrating motivational, social and contextual work design features: a meta-analytic summary and theoretical extension of the work design literature. *Journal of Applied Psychology*, 92(5), 1332-1356. doi: 10.1037/0021-9010.92.5.1332

IA-avtalen. (2010). *Intensjonsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv* (2010-2013). Hentet

fra <http://www.regjeringen.no/upload/SMK/Vedlegg/2010/IA-avtale%2024022010.pdf>

IA-avtalen. (2014). *Intensjonsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv* (2014-2018). Hentet fra:

http://www.regjeringen.no/upload/ASD/Dokumenter/2014/IA_20142018/SIGNERT_I_A_avtale.pdf

Internkontrollforskriften. (1996). *Forskrift om systematisk helse- miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter*. Hentet fra: <http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1996-12-06-1127>

Ivancevich, J. M., Matteson, M. T., Freedman, S. M., & Phillips, J. S. (1990). Worksite stress management interventions. *American Psychologist*, 45(2), 252-261. doi:

10.1037/0003-066X.45.2.252

Kompier, M. A. J. (2003). Job Design and Well-Being. I M. J. Scabracq, J. A. M. Winnbust, & C. L. Cooper, *The Handbook of Work and Health Psychology* (2.utg.,s.429-454). Chichester: John Wiley & Sons.

Kompier, M. A.J., Cooper, C. L. & Geurts, S. A. E. (2000). A Multiple case study approach to work stress prevention in Europe. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 9(3), 371-400. doi: 10.1080/135943200417975

Kompier, M. A.J., Geurts, S.A.E., Grundermann, R., Vink, P. & Smulders, P. (1998). Cases in stress prevention: The success or participative and stepwise approach. *Stress Medicine*, 14(3), 155-168. doi: 10.1002/(SICI)1099-1700(199807)14:3<155::AID-SMI773>3.0.CO;2-C

Kompier, M. A.J. & Kristensen, T. S. (2001). Organizational work stress interventions in a theoretical, methodological and practical context. I J. Dunham, *Stress in the Workplace: past, present and future* (s. 164-190). London: Whurr Publishers.

- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. Utg.) (T. M. Anderssen & J. Rygg, Oversettelse). Oslo: Gyldendal. (Originalt verk gitt ut 2009).
- LaMontagne, A. D., Keegel, T., Louie, A. M., Ostry, A. & Landsbergis, P. A. (2007). A systematic review of the job-stress intervention evaluation literature, 1990-2005. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 13, 268-280. Hentet fra:
http://www.workhealth.org/Work%20and%20Health%20Class%202009/Work%20and%20Health%202010/A%20Systematic_LaMontagne.pdf
- Locke, E.A. & Latham, G.P. (2002). Building a practically useful theory of goal setting and task motivation: A 35 – year odyssey. *American Psychologist*, 57, 705-717 doi: 10.1037/0003-066X.57.9.705
- Lucey, T. (2005). *Management Information Systems* (9. Utg.). London: Thomson Learning
- LØFT instituttet. (2012). Hva er løft?. Hentet fra: <http://loft-instituttet.no/hva-er-loft/>
- McCallum Layton. (2014). *Z-test for proportions-dependent groups*. Hentet fra:
<https://www.mccallum-layton.co.uk/tools/statistic-calculators/z-test-for-proportions-dependent-groups-calculator/>
- Murphy, L. R. (1988). Workplace Interventions for stress reduction and prevention. I C. L. Cooper, & R. Payne (Red.) *Causes, Coping and Consequences of Stress at Work*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Murphy, L. R. (2003). Stress Management at Work: Secondary Prevention of Stress. I M. Shabracq, J. Winnbust, & C. L. Cooper (Red.), *The Handbook of Work and Health Psychology* (s. 533-548). Chichester: Wiley & Sons.
- Nielsen, K., Randall, R., & Albertsen, K. (2007). Participants' appraisals of process issues and the effects of stress management interventions. *Journal of Organizational Behavior*, 28, 793-810. doi: 10.1002/job.450

- Noblet, A. J. & LaMontagne, A. D. (2009). The Challenge of developing, implementing and evaluating interventions. I S. Cartwright & C. L Cooper (Red.), *The Oxford handbook of organizational well-being* (s. 466-496). doi: 10.1093/oxfordhb/9780199211913.003.0019
- Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD). (2012). *Personvernombudet for forskning*. Hentet fra: <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeskjema>
- Nytrø, K., Saksvik, P. Ø., Mikkelsen, A., Bohle, P., & Quinlan, M. (2000). An appraisal of key factors in the implementation of occupational stress interventions. *Work & Stress*, 14(3), 213-225. doi: 10.1080/02678370010024749
- Odeen, M., Magnussen L. H., Maeland, S., Larun, L., Eriksen, H. R. & Tveito, T. H. (2013). Systematic review of active workplace interventions to reduce sickness absence. *Occupational Medicine*, 63, 7-16. doi: 10.1093/occmed/kqs198
- OECD. (2013). *Mental Health and Work: Norway*, OECD Publishing. Hentet fra <http://dx.doi.org/10.1787/9789264178984-en>
- Ose, S. O., Dyrstad, K., Slettebakk, R., Lippestad, J., Mandal, R., Brattlid, I. & Jensberg, H. (2013). *Evaluering av IA-avtalen (2010-2013)* (SINTEF – Rapport Nr. A24444). Trondheim: SINTEF Teknologi og Samfunn. Hentet fra: <http://www.sintef.no/upload/Helse/Arbeid%20og%20helse/Rapport%20Evaluering%20av%20IA-avtalen%202010-13.pdf>
- Pallant, J. (2010). *SPSS Survival Manual – A step by step guide to data analysis using SPSS*. (4. Utg.). Berkshire, UK: Open University Press.
- Poland, B.D. (1995). Transcription quality as an aspect of rigor in qualitative research. *Qualitative Inquiry*, 1(3), 290-310. doi: 10.1177/107780049500100302
- Randall, R. & Lewis, R. (2007). Stress management interventions. I E. Donaldson-Feilder (red.), *CIPD Performance & Well-being* (Kap. 6). London : CIPD.

- Randall, R. & Nielsen, K. (2012). Does the intervention fit ? A explanatory model of intervention success and failure in complexe organizational environment. I C. Biron, M. Karnika-Murray & C. L. Cooper (Red.), *Improving Organizational Interventions for Stress and Well-Being – Adressing Process and Context* (s.120-134). East Sussex, UK: Routledge.
- Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). (2012). *Informasjon og samtykke*. Hentet fra https://helseforskning.etikkom.no/ikbViewer/page/frister/malforinformasjonsskriv?p_dim=3_4672&_ikbLanguageCode=n
- Richardson, K. M., & Rothstein, H. R. (2008). Effects of occupational stress management intervention programs: A Meta-Analysis. *Journal of Occupaional Health Psychology*, 13(1), 69-93. doi: 10.1037/1076-8998.13.1.69
- Ryan, G. W. & Bernard, R. H. (2003). Techniques to identify themes. *Field Methods*, 15, 85-109. doi: 10.1177/1525822X02239569
- Saksvik, P. Ø., Nytrø, K., Dahl-Jørgensen, C. & Mikkelsen, A. (2002). A process evaluation of individual and organizational occupational stress and health interventions. *Work & Stress*, 16(1), 37-57. doi: 10.1080/02678370110118744
- Saksvik, P. Ø., Tvedt, D. S., Nytrø, K., Andersen, R., Andersen, K. & Buvik, M. T. (2007). Developing criteria for healthy organizational change. *Work & Stress*, 21(3), 243-263. doi: 10.1080/02678370701685707
- Semmer, N. K. (2006). Job stress interventions and the organization of work. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 32(6), 515-527. doi: 10.1037/10474-016
- Smith, J. A. & Osborn, M. (2008). Interpretative phenomenological analysis. I J. A. Smith (Red.), *Qualitative Psychology - A Practical Guide to Research Methods* (2. Utg., s. 53-81). London: Sage Publications.

- Sparks, K., Faragher, B. & Cooper, C. L. (2001). Well-being and occupational health in the 21st century workplace. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 74, 489-509. doi: 10.1348/096317901167497
- Tvedt, S. & Saksvik, P. Ø. (2012). Perspectives on the intervention process as a special case of organizational change. I C. Biron, M. Karanika-Murray & C. L. Cooper (Red.), *Improving Organizational Interventions for stress and Well-Being – Addressing Process and Context* (s. 102-119). East Sussex, UK: Routledge.
- van der Klink, J. J. L., Blonk, R. W. B., Schene, A. H., & van Dijk, F. J. H. (2001). The Benefits of Interventions for Work-Related Stress. *American Journal of Public Health*, 91(2), 270-276. doi: 10.2105/AJPH.91.2.270
- WHO. (2007). *Worker's health global plan of action - sixtieth world health assembly*. (WHA60.26). Rapport fra Sixtieth world health assembly, Geneve, Sveits. Hentet fra http://www.who.int/occupational_health/WHO_health_assembly_en_web.pdf
- Wickens, C.D., Lee, J. D. & Becker, S. E. G. (2004). *Introduction to Human Factors Engineering* (2. Utg.) Upper Sadle River, NJ: Pearson/ Prentice Hil.
- Ytterborg, H. (2014). *Stabilt sykefravær i 4. kvartal, 2013*. Oslo: Arbeids- og Velferdsdirektoratet. Hentet fra <https://www.nav.no/Om+NAV/Tall+og+analyse/Jobb+og+helse/Sykefrav%C3%A6rsstatistikk>

Vedlegg

Vedlegg A: Beskrivelser av temaene i temaanalysen

IA-avtalen: Omhandler bestemmelsene for oppfølging av sykmeldte etter fire uker og forebyggende arbeid. (Deduktiv).

- **Tilrettelegging:** Lederen kjenner til plikten om å legge til rette for ansatte som er sykmeldt hvis dette er mulig, slik at vedkomne kan komme raskere tilbake i jobb.
«Da bruker vi litt tid på å snakke om hvordan man kan gå tilbake til arbeidsoppgaver og gjøre det trygt... Kanskje det viktigste i starten er bare å komme på jobb.»
- **Oppfølgingsplan:** Lederen kjenner til plikten om å utforme og sende inn en Oppfølgingsplan ved sykmelding ved fire uker.
«Da fyller vi ut en oppfølgingsplan og diskuterer litt hva slags muligheter de har, arbeidsevne, prøver å holde kontakten.»
- **Gradert sykmelding:** Lederen har opplevd å ha ansatte i gradert sykmelding, dvs. delvis sykmelding.
«En av mine sykmeldte har ikke vært sykmeldt 100 %, begynte vel med 30 % også etter en tid ble det 40 %..»
- **Dialogmøte:** Lederen forteller om dialogmøte med NAV og/eller sykmelder.
«Jeg har hatt et dialogmøte 3...dialogmøte 2 med han...»
- **Vurdering av arbeidsevne:** Informanten kjenner til og omtaler aspektet av regelverket som omhandler vurderings av arbeidsevne som et ledd i utformingen av oppfølgingsplanen.
«Vi fyller ut på en måte hva som skal gjøres, hvilke oppgaver og hva som forventes. Det er ofte en detaljering av jobben, hva forventes å gjøres og hva gjøres gradvis.»
- **Forebyggende arbeid:** Ledere som omtaler temaer/tiltak relatert til det forebyggende aspektet i IA-avtalen. Dette er temaer/tiltak som iverksettes for å redusere og eliminere risikofaktorer for å falle ut av arbeidslivet og kan rettes mot individet/gruppen eller arbeidsmiljøet. Inneholder både personer som uttrykker at de selv jobber forebyggende og de som kunne ønske mer kunnskap eller mer fokus på forebyggende arbeid.

«Det viktigste er jo å hindre at de blir syke.»

«Men jeg må være mye tidligere ute enn det systemet fanger opp. Og det er der den største utfordringen ligger, ikke når de har vært så mye borte at du må ta tak, da er du altfor sent ute etter min mening.»

Systemutfordringer: Utfordringer relatert til gjennomføringen av pliktene i IA-avtalen på grunn av vanskeligheter med regelverket, tekniske systemer og skjemaer.

- **Rigiditet:** Lederen opplever pliktene i IA-avtalen som for rigide/byråkratiske.
«Jeg sendte inn etter 8 uker. Fordi jeg kunne ikke sende inn innen 4 uker, trodde jeg, fordi han var så syk at det ikke gikk an å snakke med han. Så da fikk vi bot i ettertid... det jeg fikk beskjed om fra NAV var at jeg skulle ha sendt inn et skjema hvor jeg skulle skrevet at det ikke var mulig å gjennomføre samtale.»
- **Mangel på påminnelser:** Lederen oppfatter det som en utfordring at det ikke er et system for påminnelser om tidsfrister og rutiner, og kommer derfor i fare for å glemme fristene.
«HR kunne støttet meg først og fremst, i første omgang huske på at vi er ute i tide, så vi slipper å belaste systemet med sånne purregreier.»
- **Tilrettelegging uten kjennskap til diagnose:** Lederen opplever det som en utfordring å legge til rette uten å få kjennskap til eller nok informasjon om diagnosen til den sykmeldte.
«Det er jo fryktelig vanskelig for en arbeidsgiver i det hele tatt å tilrettelegge for man får jo ikke bestandig innsyn i den enkeltest sykestatus... NAV sier at du behøver ikke å si noe om hvorfor du er syk, men tiltak det skal arbeidsgiver gjøre. Henger ikke på greip vet du.»

Skjemaveldet: Lederen oppfatter det som en utfordring at systemet er utformet på slik måte at det er et krav til mye dokumentasjon.

«Jeg synes jo det er pes å drive og dokumentere alt dette her for jeg gjør det likevel. Jeg gjør det naturlig og jeg gjør mye mer enn det som står. Du må sende inn dette her til et elektronisk arkiv... Det er ikke et dårlig system, men jeg synes det er et pes å dokumentere alt.»

- **MTO:** Lederen forteller om temaer som relaterer seg til tekniske aspekter og utfordringer med brukervennlighet. Som f.eks. det å finne og sende inn skjemaer, både elektronisk og per post.
«Skjemaene til NAV, du blir henvist til en NAV-side og de er ikke lett å bruke, det forventes at jeg skal kunne personnummer og det kan jeg ikke, det har ikke jeg tilgang til. Det forventes at jeg skal kunne akkurat hvilke NAV-kontor de tilhører.»
- **Tilretteleggingsutfordringer ved psykisk sykdom:** Lederen uttrykker utfordringer ved å tilrettelegge for psykisk sykdom, fremfor fysisk sykdom.
«Når folk er deprimerte hvordan skal vi som, altså vi har jo ikke krav på å vite at de er deprimert, men hvis de velger å si det... hva, hvor, hvordan skal vi gjøre.»
- **Tidkrevende:** Lederen opplever det som en utfordring at pliktene i IA-avtalen krever mye tid som går på bekostning av andre arbeidsoppgaver.
«Noen ganger, spesielt hvis du har mange sykmeldte så er det en del jobb, og det tar mye tid å passe på alt og følge opp alt slik som det skal da.»
- **Bot:** Lederen forteller om aspekter relatert til bøter fra NAV. Ofte oppleves bøkene som skremmende og den største motivasjonen er å unngå dette.
«Oppfølgingsplan, det er da vi får bot ikke sant, så hos han så fikk jeg jo varslingsplan om bot... Så nå driver jeg og sender inn oppfølgingsplan i hytt og pine for å sikre meg for at jeg ikke får bot.»
- **Avstandsledelse:** Lederen opplever at avstandsledelse er en utfordring i oppfølgingsarbeidet. Det gjør det vanskelig å ha oversikt fra dag til dag.
«Jeg er leder for 35 stykker på fire forskjellige steder... så jeg flyr jo rundt og jeg ser ikke folk til daglig. Hadde jeg sittet på et sted hadde jeg sett at kontoret hennes var mørkt i dag fordi hun er syk... men sånn er ikke hverdagen min.»

Sykmelder: Temaer som relaterer seg til utfordringer med sykmelder.

- **Utfordrende relasjon:** Lederen uttrykker vanskeligheter i relasjon, kommunikasjon og/eller samarbeid med sykmelder.
«Jeg oppfatter at privatpraktiserende lege, altså den sykmeldtes lege, ikke vil ha noe kontakt med oss. Så kontakt med primærlege er vanskelig å oppnå.»

- **Sykmelder følger ikke sine plikter:** Lederen opplever at sykmelder ikke følger sine plikter i forhold til bestemmelsene i IA-avtalen om oppfølgingen av sykmelder.
«Det dialogmøte 2 når legen ikke møtte opp, for det kan de vel velge eller nekte og ikke gjøre...»
- **Helsevesenet som flaskehals:** Lederen omtaler utfordringer som relaterer seg til utfordringer ved helsevesenet som kø, operasjoner osv. som får ringvirkninger for oppfølgingsarbeidet.
«De er jo syke, så altså ting tar tid, det er det som er utfordringen fordi de skal jo igjennom helsevesenet, de skal uttrede før de får en diagnose også kan man jo begynne å jobbe med det.»

Den sykmeldte: Temaer som relaterer seg til utfordringer med den sykmeldte.

- **Ansatte som ikke følger sine plikter:** Lederen uttrykker utfordringer ved ansatte som ikke følger sine plikter i forhold til IA-avtalens bestemmelser om oppfølgingsarbeidet. Dette kan være eksempelvis å møte til dialogmøte eller ikke være villig til å samarbeide i utformingen av oppfølgingsplanen.
«Det er jo en utfordring å ha en sykmeldt som ikke vil være sykmeldt offisielt. Det er jo noe med å være litt frempå og tydelig i forhold til forventninger fra arbeidstaker.»
- **Utfordrende relasjon:** Lederen opplever utfordringer enten i relasjon, kommunikasjon eller samarbeid med den sykmeldte. Kan også omhandle sykmeldte som utnytter systemet.
«Jeg opplevde her den ene gangen at nei han skulle ikke komme på noen oppfølgingsamtale.»

HR: Temaer som omhandler HRs deltakelse i sykefraværsarbeidet

- **Økt deltakelse fra HR:** Lederen ønsker en mer aktiv deltakelse fra HR som for eksempel mer informasjon, påminnelser og pre-utfylte skjemaer.
«Det kunne kanskje vært litt mer sånn at de kom på banen, når de ser at nå sliter hun eller nå må hun slite litt, hva skal vi gå ut å hjelpe henne med nå, det er jeg som må ta

kontakt og be om litt råd selv. Men jeg kunne kanskje tenkt meg litt mer hjelp fra HR i forhold til forebygging også.»

NAV: Temaer som relaterer seg til utfordringer i forhold til NAV

- **Utfordrende relasjon:** Lederen uttrykker vanskelig i relasjon, kommunikasjon og/eller samarbeid med NAV.
«Det er problematisk å gjennomføre møtet, det er problematisk at det er til tider personer fra NAV som ikke egentlig jobber med det området de har møter med oss om, de bare stiller opp på kort varsel.»

Kunnskap: Områder lederne opplever at de ønsker mer kunnskap.

- **Psykisk sykdom:** Lederen savner kunnskap om psykiske sykdomsbilder og usikkerhet i hvordan dette skal håndteres i oppfølgingsarbeidet. Lederen er ingen terapeut.
«Jeg føler at vi har lite, vi har ikke psykolog eller psykiater som en del av bedriftshelsetjenesten, så jeg føler at vi mangler noe kompetanse, også vet jeg ikke da hvor langt arbeidsgiver skal gå.»
- **Regelverk:** Lederen uttrykker utfordringer ved mangel på kunnskap om IA-avtalen.
«Det her med å gjøre rett i forhold til regelverket og i forhold til de prosedyrene vi har kan du si. Når skal vi lage oppfølgingsplan, hvilken tid skal NAV involveres, hvilken tid skal BHT involveres, lege og sånt.»
- **Mangel på opplæring:** Lederen uttrykker mangel på opplæring om sykefraværprosessen og oppfølgingsarbeidet.
«Å ha disse dialogsamtalene, jeg tror ikke vi har fått noe opplæring i det så alle gjør vel så godt de kan... Ja, nå har jeg jo min praksis, sånn gjør jeg det, men det er jo ikke sikkert det er riktig.»

Rolleavklaring: Utfordringer lederne opplever i forhold til rolleavklaring, hva lederrollen er og hva de andre instansene skal bidra med.

- **Ansvarsområder:** Lederen uttrykker usikkerhet rundt de forskjellige instansenes ansvarsområder i oppfølgingsarbeidet.
«Arbeidsgiver er jo ansvarlig, men jeg vet ikke med HR, jeg vet ikke helt hvordan de er tiltenkt å ha en slags rolle heller.»

Lederrollen: Lederen uttrykker usikkerhet i sin egen rolle i forhold i oppfølgingsarbeidet. Her inngår også opplevelser av for mye ansvar og for lite støtte.
«Men noe av det som er en utfordring for oss når vi blir ledere, er at vi må i grunn finne ut av alt selv. Det er for lite synes jeg av en del sårne støtteordninger.»

-

Etikk: Etiske dilemmaer ledere opplever i IA-arbeidet.

- **Konflikt IA- AML:** Lederen opplever konflikt mellom IA – avtalens bestemmelser og arbeidsmiljøloven. Dette vil si at IA-avtalen er bygget opp på en slik måte at de ansatte skal komme raskt tilbake, mens arbeidsmiljøloven fokuserer på verdighet og integritet. Dette kan føre til at lederen opplever å måtte presse de ansatte mer enn de ønsker.
«For når en person er 100 % sykmeldt av legen så er det litt sånn pussig at vi som er lekfolk skal kontakte medarbeideren og kontakte leger og nært sagt overprøve en leges avgjørelse sånn opplever jeg det.»
- **Konflikt samfunnsinteresse - enkeltindivid:** Lederen omtaler aspekter som omhandler en opplevelse av motstridende interesser i IA-avtalen spesielt i forhold til tilrettelegging. IA-avtalen fokuserer på at det alltid skal legges til rette, samtidig som dette kan være mer kostbart eller vanskelig når det må opprettes nye arbeidsoppgaver eller stillinger.
«Og jeg fikk tilbakemeldinger fra ledere om at han gjorde ikke jobben som de ba han om, og jeg kunne ikke sende han ut i organisasjonen. Og der oppfattet jeg at NAV var litt sånn, de mente at jeg bare måtte gi han andre arbeidsoppgaver, så har jeg ikke andre oppgaver til han.»
- **Konflikt lege – sykmeldt:** Lederen uttrykker utfordringer ved at den ansatte ønsker å jobbe, mens legen anbefaler sykmelding. Dette kan føre til en utfordring for lederen i

forhold til hvor mye press som kan legges på den sykmeldte i forhold til å levere på arbeidsoppgaver.

«Det var en som brakk lårhalsen og ble 100 % sykmeldt av legen, men han ønsket jo ikke det, han ville være på jobb. Så da kom han til oss, så sa vi at det kan vi ikke gjøre noe særlig med, du må få legen til å skrive ut gradert sykmelding.»

- **Konflikt jobb – privatliv:** Lederen uttrykker utfordringer med skillelinjene mellom jobb og privatliv. Hvor langt går jobben og hvor mye kan en ledere involvere seg i det som skjer utenfor jobben.

«Dette er en arbeidstaker som ikke ønsker at noen skal blande seg, han var veldig påpasselig når jeg spurte om å få et telefonnummer for å kontakte han, dette er mitt private så han da gjentatte ganger... fordi som arbeidsgiver så føler jeg av og til at det er vanskelig å vite, ikke alle som er syke som synes det er så kult å bli oppringt av nærmeste leder.»

- **Konflikt arbeidsbelastning og tidsfrister:** Lederen uttrykker utfordringer ved økt arbeidsbelastning på de gjenværende ansatte som et resultat av ansatte som er sykmeldt. Lederen vil levere til tidsfrist, men må vurdere hvorvidt dette er helsemessig forsvarlig i forhold til om dette kan resultere i flere sykmeldinger som et resultat av økt arbeidspress.

«Også er det jo selvfølgelig også en utfordring for de som er igjen på jobb. De får som er igjen, de får en overbelastning, de blir slitne.»

Kvalitetssystemet: Kjennskap til organisasjonens interne styringssystem, kvalitetssystem, som inneholder beskrivelser av prosesser og prosedyrer hvor alle prosesser skal dokumenteres.

- **Mangelfull kunnskap om kvalitetssystemet:** Ledere som ikke kjenner til den delen av kvalitetssystemet som omhandler oppfølgingen av sykmeldte eller ikke bruker dette i oppfølgingsarbeidet.

«Nei, det ligger jo nesten ingenting der enda, så det er ikke noe jeg bruker. Jeg vet ikke om det har kommet noe, hvis det har kommet noe så har det ikke kommet noe informasjon om det.»

Vedlegg B: Intervjuguide**1. Introduksjon**

- Takk for at du tok deg tid til å møte meg/oss og gjennomføre dette intervjuet
- Hensikten med intervjuet er å få økt kunnskap om dine erfaringer, opplevelser og behov i forbindelse med sykefraværarbeid.
- Vi skal intervjuet et utvalg av ledere fra forskjellige driftsenheter og fagområder, fordelt etter alder og lederansiennitet
- Prosjektet gjennomføres av studenter ved UiO etter bestilling fra AMU-etat. Vi samarbeider med HR-avdelingen og veiledere fra UiO.

2. Samtykkeskjema

- Du har fått dette samtykkeskjema tilsendt på mail. Har du hatt tid til å lese gjennom denne?
- Hvis ikke kan jeg kort forklare hva den går ut på (eller vente på at informanten leser denne)
- Har du noen spørsmål før vi begynner?

Informanten undertegner samtykkeskjemaet.

3. Intervju

- Jeg forstår det slik at du har hatt minst 2 medarbeidere som var sykmeldte i mer enn 4 uker siden de nye reglene for oppfølging av sykmeldte trådte i kraft 1.7.2011. Stemmer det? Kan du fortelle litt om hvordan du opplevde oppfølgingen av disse medarbeidere?
- Hvor mange dialogsamtaler har du gjennomført? (Kan sløyfes)

Hva opplever du som de største utfordringene i oppfølgingen av sykmeldte?

Hva vurderer du at du trenger mer kunnskap om i oppfølgingen av sykmeldte?

Hva vurderer du at du trenger mer støtte til fra HR/HMS-funksjonen i oppfølgingen av sykmeldte?

4. Avslutning

- Er det noe mer du ønsker å legge til?
- Hvordan synes du dette intervjuet gikk?
- Har du noen spørsmål eller kommentarer i etterkant, kontakt gjerne kontaktpersoner oppgitt på samtykkeskjema

Vedlegg C: Samtykkeskjema**Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet
«Sykefraværarbeid– leders erfaringer og opplevelser»****Bakgrunn og hensikt**

Dette er informasjon til deg som skal delta i en kartlegging av leders opplevelser og behov rundt sykefraværsoppfølgingen. Målet med prosjektet er økt kunnskap slik at det eventuelt kan tilbys kompetanseheving og / eller styrking av det administrative støtteapparatet. Prosjektet eies av Hovedarbeidsmiljøutvalget (AMU-etat) og gjennomføres i samarbeid med Psykologisk Institutt, Universitetet i Oslo. Prosjektet er godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD).

Hva innebærer deltagelse?

Studien innebærer at du vil bli intervjuet i rundt 30 minutter av en eller to masterstudenter fra UiO, studieretning arbeids- og organisasjonspsykologi. Erfaringsmessig vil lengden på intervjuene variere noe. Intervjuet vil ta utgangspunkt i tre spørsmål knyttet til oppfølgingen av sykmeldte:

- *Hva opplever lederne som de største utfordringene i oppfølgingen av sykmeldte?*
- *Hva vurderer lederne at de trenger mer kunnskap om i oppfølgingen av sykmeldte?*
- *Hva vurderer lederne at de trenger mer støtte til fra HR/HMS- funksjonen i oppfølgingen av sykmeldte?*

Under intervjuet vil det bli brukt båndopptaker for senere å skrive ned og analysere informasjonen korrekt.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med prosjektet. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn eller andre direkte gjenkjenneriske opplysninger. Vi vil bruke båndopptaker for å fange opp det som blir sagt til senere utskrivning. Etter utskrivning vil personopplysninger bli slettet, slik at informasjonen ikke kan spores tilbake til deg. Opptakene vil bli slettet etter utskrivningen.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen nedenfor. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte prosjektets veileder - professor ved UiO Roald Bjørklund (telefonnummer og epost-adresse) eller prosjektleder i organisasjonen (navn, telefonnummer og epost-adresse).

Samtykke

Jeg har lest og forstått informasjonen over og gir mitt samtykke til å delta i intervjuet.

Sted / dato

Signatur

Vedlegg D: Z-test kalkulator for avhengig utvalg

Signifikanstest av proporsjonsforskjeller i rammeverket for intervensjonsprogrammer.

Calculator

Select Desired Confidence Level (%) ? ▼

Enter Sample Size ?

Sample Size

The number of respondents who answered the question.

Group	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Observed Sample Proportion ?	<input type="text" value="46"/>	<input type="text" value="100"/>	<input type="text" value="21"/>	<input type="text" value="100"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Observed Sample Proportion (Enter as a %)

The percentage of respondents who gave the response you are interested in.

Results

Groups	1	2	3	4
1	<input type="text"/>	<input type="text" value="Yes"/>	<input type="text" value="No"/>	<input type="text" value="Yes"/>
2	<input type="text" value="Yes"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="Yes"/>	<input type="text" value="No"/>
3	<input type="text" value="No"/>	<input type="text" value="Yes"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="Yes"/>
4	<input type="text" value="Yes"/>	<input type="text" value="No"/>	<input type="text" value="Yes"/>	<input type="text"/>